

UNIVERSIDADE DE LISBOA

FACULDADE DE PSICOLOGIA E DE CIÊNCIAS DA EDUCAÇÃO



**A Satisfação Parental: Criação de um Instrumento de
Avaliação para Serviços de Psicoterapia Infantil**

Rita Castanheira Alves

**MESTRADO INTEGRADO EM PSICOLOGIA
(Secção de Psicologia Clínica e da Saúde/Núcleo de Psicoterapia
Cognitivo-Comportamental e Integrativa))**

Ano 2008

ÍNDICE

RESUMO	3
INTRODUÇÃO	5
OBJECTIVO MÁXIMO: A EFICÁCIA DOS SERVIÇOS	7
A IMPORTÂNCIA DA MONITORIZAÇÃO DO PROCESSO TERAPÊUTICO	7
A PERTINÊNCIA DO ESTUDO DA AVALIAÇÃO DA SATISFAÇÃO PARENTAL	15
O PORQUÊ DA AVALIAÇÃO DA SATISFAÇÃO PARENTAL	15
AS LIMITAÇÕES DOS ESTUDOS SOBRE AVALIAÇÃO DA SATISFAÇÃO PARENTAL	16
CONCEITOS E MODELOS DE SATISFAÇÃO	18
OBJECTIVOS DOS ESTUDOS DE SATISFAÇÃO	21
O RESPEITO E O SUPORTE – ASPECTO ESSENCIAL NA SATISFAÇÃO PARENTAL	22
SATISFAÇÃO E MEDIDAS DE EFICÁCIA	25
SATISFAÇÃO VS RESULTADOS TERAPÊUTICOS	25
SATISFAÇÃO VS TIPO DE SERVIÇO PRESTADO	27
SATISFAÇÃO VS ALIANÇA TERAPÊUTICA	28
MUDANÇAS EM SERVIÇOS APÓS ESTUDOS DE SATISFAÇÃO	29
PROCEDIMENTOS	31
MOMENTOS DE AVALIAÇÃO DA SATISFAÇÃO	31
MÉTODOS DE AVALIAÇÃO DA SATISFAÇÃO	32
O QUESTIONÁRIO	33
QUESTÕES FECHADAS VS SEMI-FECHADAS VS QUESTÕES ABERTAS	33
AVALIAR SATISFAÇÃO EM GERAL VS AVALIAR ESPECIFICIDADE	34
QUESTIONÁRIOS DE AVALIAÇÃO DA SATISFAÇÃO PARENTAL	35

MÉTODO	40
CARACTERIZAÇÃO DO SERVIÇO DE PSICOTERAPIA DA FACULDADE DE PSICOLOGIA E DE CIÊNCIAS DA EDUCAÇÃO DA UNIVERSIDADE DE LISBOA	40
CARACTERIZAÇÃO DO QUESTIONÁRIO DE SATISFAÇÃO PARENTAL COM SERVIÇOS DE PSICOTERAPIA PARA CRIANÇAS E ADOLESCENTES	42
PLANO PSICOMÉTRICO	46
DISCUSSÃO	49
CONCLUSÃO	52
BIBLIOGRAFIA	53
ANEXO – QUESTIONÁRIO DE SATISFAÇÃO PARENTAL COM SERVIÇOS DE PSICOTERAPIA PARA CRIANÇAS E ADOLESCENTES	

RESUMO

O presente estudo tem como principal objectivo a construção de um instrumento de avaliação da satisfação parental com serviços de psicoterapia para crianças e adolescentes. Para cumprir este objectivo foi feita uma revisão de literatura acerca dos estudos de satisfação, seus objectivos, modelos e definições, dimensões a avaliar e aspectos metodológicos a considerar. Tal revisão de literatura permitiu a criação de um questionário de satisfação parental baseado no modelo dos três elementos (Estrutura, Processo e Resultado) de Donabedian (1988) para aplicar aos pais das crianças e adolescentes utentes do serviço de atendimento clínico da Faculdade de Psicologia da Universidade de Lisboa.

São descritos os procedimentos inerentes à construção do questionário e apresentado um plano psicométrico, com vista à aplicação futura do instrumento.

O presente trabalho revelou algumas dificuldades e limitações pelo cariz do próprio construto de satisfação, as quais serão discutidas no final do trabalho, bem como as vantagens e a contribuição deste estudo para a prática clínica.

Espera-se, de futuro, com a testagem das propriedades psicométricas da escala, que tal instrumento possa ser utilizado em outros serviços de psicoterapia semelhantes ao descrito no trabalho.

Palavras-Chave: Satisfação Parental; Modelo de Donabedian (estrutura, processo e resultado); Avaliação; Serviço de Psicoterapia Infantil.

ABSTRACT

The present study has as its main goal the construction of an instrument to assess parental satisfaction regarding psychotherapy services for children and adolescents. To accomplish this goal a literature revision was done about the studies concerning satisfaction, their goals, models and definitions, dimensions to assess and methodological aspects to consider. Such revision allowed the creation of a questionnaire of parental satisfaction based on the Three elements model (Structure, Process and Result) by Donabedian (1988), to apply to parents of children and adolescents attending the Clinical Consulting Service on Faculdade de Psicologia da Universidade de Lisboa.

The procedures inherent to the construction of the questionnaire are described, and a psychometric plan presented, aiming towards a future application of the instrument.

The present work presented a few difficulties and limitations due to the nature of the construct of satisfaction in itself, which will be discussed in the end of the work, as well as the advantages and contribution of this study to clinical practice.

In the future, it is expected that by testing the scale's psychometric properties, the instrument can be used in other psychotherapy services similar to the one described in this essay.

Key-words: Parental satisfaction; Donabedian Model (structure, process and result); Assessment; Child Psychotherapy Service

INTRODUÇÃO

O interesse em assegurar a qualidade nos serviços de saúde tem crescido notoriamente nos últimos anos. Se em termos técnicos e científicos, assistimos a grandes progressos nos cuidados prestados de saúde (Magnusson, Garrett, & Sundelin, 2000), um aspecto primordial da qualidade dos serviços prestados para os seus receptores é a satisfação do cliente com os serviços de saúde.

Há uma década atrás, a maioria dos dados nesta área da satisfação é relativa aos serviços de saúde física (Rey, Plapp, & Simpson, 1998). No entanto, a investigação nos serviços de saúde mental relativamente à satisfação cresceu bastante (Carscaddon, George, Wells; Holcomb, Adams, Ponder, & Reitz, citados por Rey, Plapp, & Simpson, 1998) e actualmente, é um método muito comum de avaliação e justificação de um serviço (Lambert & Ogles, citados por Lunnen, Ogles, & Pappas, 2008).

No caso dos serviços para crianças e adolescentes, a satisfação parental revela-se bastante importante e é um dos objectivos dos serviços para estas populações, uma vez que os pais e as suas atitudes são aspectos decisivos no envolvimento e continuação de um tratamento (Breda & Bickman; Martin, Petr, & Kapp, citados por Riley, Stromberg, & Clark, 2005).

A satisfação do cliente é considerado um dos resultados desejados nos serviços de cuidados e, sendo uma medida de qualidade, é indispensável para as avaliações da qualidade e para delinear e gerir os sistemas de cuidados de saúde. A eficácia dos serviços é determinada, entre outros factores, pela satisfação com esses serviços e indicativo desta relação são os estudos que mostram que pacientes satisfeitos tendem a utilizar mais frequentemente serviços de saúde (Westaway, Rheeder, Zyl, & Seager, 2003).

Deste modo, há todo o interesse em delinear estratégias que promovam a procura, adesão e colaboração dos pais nas intervenções que procuram melhorar o funcionamento sócio-emocional dos seus filhos.

É pela necessidade de conhecer e compreender os factores que influenciam a satisfação parental e assim, proporcionar um serviço mais eficaz e aceite que surge o presente trabalho, com o qual se pretendeu dar os primeiros passos na criação de uma medida de satisfação parental com serviços de psicoterapia para crianças e adolescentes.

Assim, para cumprir o objectivo principal de criação de um instrumento de avaliação da satisfação, o trabalho divide-se em diferentes partes. Inicialmente, é feito um enquadramento da satisfação num leque de diferentes estratégias e medidas que,

tal como a satisfação, garantem uma maior eficácia nos serviços, onde se distingue a importância da monitorização do progresso terapêutico.

Seguidamente, é explicada a pertinência do estudo da avaliação da satisfação parental, justificada pelo porquê do estudo da satisfação parental e pelas suas limitações.

Na secção seguinte, é feita uma revisão de algumas definições e alguns modelos de satisfação desenvolvidos por diversos autores que se dedicaram a esta temática e qual o modelo usado como base teórica para o desenvolvimento do instrumento de satisfação, os objectivos dos estudos de satisfação e do presente trabalho e é explorado em maior pormenor o respeito e o suporte como o aspecto primordial da satisfação.

De seguida, a satisfação é relacionada com diferentes medidas de eficácia e para finalizar esta primeira parte mais teórica do trabalho são apresentadas algumas mudanças feitas em serviços após estudos de avaliação de satisfação parental. Ao longo desta revisão da literatura, é dado um destaque especial em cada uma das secções na avaliação da satisfação parental com serviços de crianças e adolescentes, uma vez que se trata da população escolhida no presente trabalho.

A segunda parte do trabalho é dedicada, numa primeira fase, ao tipo de medidas existentes para avaliar a satisfação e outros aspectos metodológicos a ter em conta quando se avalia a satisfação. Numa segunda fase, são abordados os procedimentos específicos envolvidos na construção do instrumento de avaliação da satisfação, a uma descrição do tipo de serviço psicoterapêutico em que a escala pode ser aplicada e ao plano psicométrico, essencial para que tal escala possa vir a ter uma utilidade na prática clínica.

A última parte é reservada a conclusões e algumas reflexões.

OBJECTIVO MÁXIMO: A EFICÁCIA DOS SERVIÇOS

O grande desafio com que psicoterapeutas e técnicos de outras áreas se têm deparado prende-se com a necessidade de garantir um serviço prestado de qualidade, o que implica que este seja eficaz.

Neste sentido, são várias as dimensões que permitem aos clínicos avaliar os efeitos da sua intervenção a diferentes níveis e todos eles são úteis para que o objectivo máximo seja alcançado, a melhoria da eficácia dos seus serviços.

Seguidamente serão exploradas diferentes dimensões a considerar na avaliação de um serviço de psicoterapia e sua eficácia, as quais são de igual forma importantes e quando cruzadas poderão fornecer um retrato completo e muito útil de como está a decorrer e como decorreu o processo psicoterapêutico.

A IMPORTÂNCIA DA MONITORIZAÇÃO DO PROCESSO TERAPÊUTICO

Com a crescente necessidade e exigência de rigor técnico e custos justificados nos serviços, pelo rápido crescimento dos conhecimentos acerca de diversas patologias, físicas e psicológicas e pelo desenvolvimento de metodologias de investigação clínica, a prática baseada na evidência (*EBP*) tem vindo a assumir um papel de destaque na prática psicoterapêutica. A *EBP* consiste no desenvolvimento de estudos controlados, garantia de qualidade metodológica e de terapias com suporte empírico (Kazdin, 2005).

Na psicoterapia com crianças e adolescentes, a procura de rigor não tem sido diferente e assiste-se a um rápido crescimento de estudos controlados de intervenções psicoterapêuticas (Kazdin, citado por Kazdin, 2002). Por outro lado, a qualidade dos estudos continua a aumentar (Durlak, Wells, Cotten, & Johnson, citados por Kazdin, 2002), com práticas metodológicas de nível superior como a avaliação da fidelidade do tratamento, o uso de manuais de intervenção e a avaliação da significância clínica da mudança terapêutica. As revisões de literatura têm demonstrado a eficácia das terapias com crianças (Kazdin; Weisz, Huey, & Weersing, citados por Kazdin, 2002) e para uma diversidade de perturbações clínicas (ansiedade, perturbação da hiperactividade/défice de atenção, perturbações do comportamento) foram identificadas intervenções baseadas na evidência, ou seja, com suporte empírico (Christophersen & Mortweet, citados por Kazdin, 2002).

Assim, perante esta exigência e procura crescente de suporte empírico em cada intervenção terapêutica, a avaliação do progresso do paciente reveste-se de uma

importância extrema para que os objectivos do processo sejam cumpridos e para que o processo seja satisfatório para os seus intervenientes.

A monitorização do processo terapêutico permite avaliar de que forma um paciente tem progredido relativamente aos objectivos iniciais e ajudar o terapeuta e o cliente (no caso das crianças, inclui-se a pessoa responsável pelo cliente, como o pai, mãe, avó...) a tomar decisões relativamente à intervenção.

Deste modo, Kazdin (2005) estabelece um conjunto de passos essenciais para garantir um bom progresso do processo terapêutico e assim, fazer cumprir uma avaliação baseada na evidência. Em primeiro lugar é necessário especificar e avaliar os objectivos da intervenção, ou seja, identificar explicitamente o foco inicial da intervenção e quais os objectivos/mudanças desejadas, assim como especificar e avaliar os procedimentos e processos (técnicas, tarefas, actividades e experiências) que se espera que façam cumprir esses objectivos. Para avaliar todo o processo é essencial seleccionar as medidas (instrumentos, escalas) capazes de avaliar o progresso ao longo de toda a intervenção e fazê-lo de forma regular, ou seja, medir o desempenho relativamente às dimensões para as quais a intervenção é dirigida antes do seu início e após este de forma regular. Por fim, os dados devem ser analisados para verificar mudanças, padrões ou outras dimensões do progresso que possam determinar decisões de intervenção a tomar.

Neste sentido, a monitorização pelo terapeuta deve ser sempre feita ao longo do processo terapêutico. O terapeuta deve ir verificando como evolui o cliente e se caminham no sentido correcto, cumprindo os objectivos estipulados inicialmente, tomando consciência de possíveis e necessárias mudanças e ajustes para que seja atingido o sucesso terapêutico e para que o cliente e seus significativos fiquem satisfeitos, garantindo assim a eficácia dos serviços (Lambert, Miller, Hubble, & Duncan, citados por Bickman, Rosof-Williams, Salzer, Summerfelt, Noser, Wilson, & Karver, 2000).

Perante esta necessidade de monitorização ao longo de todo o processo terapêutico, surgiu o *Clinical Outcomes in Routine Evaluation – Outcome Measure (CORE-OM)*. *CORE-OM* é um Questionário de Auto-Relato de 34 itens que serve como medida de linha de base e de resultado nas terapias psicológicas (Evans, Connell, Barkham, McGrath, Mellor-Clark, & Audin, 2002). Permite recolher dados em três grandes áreas: Bem-estar subjectivo (4 itens), Problemas (12 itens) e Funcionamento (12 itens). É constituído ainda por 6 itens que avaliam o risco: 4 de risco para o próprio indivíduo e 2 para risco de magoar os outros (Lyne, Barrett, Evans, & Barkham, 2006). Apresenta dois formatos diferentes, o *CORE-A*, a preencher após o

período de avaliação inicial e no final da intervenção e um formato reduzido (*CORE-SF*) para serviços que querem medidas de sessão a sessão.

É uma medida transversal a diferentes terapeutas, orientados por diferentes teorias e que trabalham em diferentes contextos, uma vez que permite a monitorização da intervenção independentemente do modelo teórico seguido pelo terapeuta e do seu contexto de trabalho. Os itens são, assim, simples e aceitáveis para clientes e terapeutas das principais escolas de terapia e foram, sempre que possível, feitas mudanças nas palavras considerando questões de linguagem, diferenças culturais na representação da saúde mental, possíveis dificuldades e atribuições causais (Evans, Mellor-Clark, Margison, Barkham, Audin, Connell, & McGrath, 2000).

Em termos psicométricos, os resultados indicam que a medida é bastante aceitável. Não apresenta diferenças entre amostras clínicas e não-clínicas em termos de consistência interna ao longo dos 34 itens ou nos domínios específicos. Confiança interna e a estabilidade teste-reteste são elevadas.

Todavia, o *CORE-OM* apresenta algumas limitações: necessidade de mais dados em termos de estabilidade teste-reteste em diferentes populações e ao longo de diferentes intervalos de tempo e de mais dados sobre o instrumento em estudos formais de eficácia para potencializar o seu uso como uma ponte entre a eficácia e a monitorização do processo terapêutico (Evans et al., 2002).

Actualmente, encontra-se disponível uma versão portuguesa para adultos e está em adaptação uma versão para adolescentes (Sales, Moleiro, Gonçalves, Silva, Duarte, & Evans, 2008).

Nesta avaliação do desenvolvimento do processo terapêutico e para garantir o sucesso terapêutico e um serviço eficaz, o terapeuta deve colocar a seguinte questão: *“Para quem é o efeito da intervenção clinicamente significativo?”*. Em investigação reconhece-se que a avaliação dos efeitos da intervenção deve considerar diversas perspectivas, incluindo da própria criança ou adolescente, das pessoas que estão em contacto com estes (familiares, professores, colegas...), dos profissionais de saúde e de outros elementos da sociedade (Kazdin & Wilson; Strupp & Hadley, citados por Kazdin, 1999).

A perspectiva da própria pessoa ao julgar a significância clínica é relevante e deve ser tomada em consideração, uma vez que aquilo que pode ser apenas uma pequena mudança, pode fazer uma grande diferença para o cliente (ou seja, ser clinicamente significativa, fazer uma diferença real na vida do cliente ou na vida dos que interagem com o cliente) e afectar o funcionamento da sua vida do dia-a-dia (Kazdin, 1999). Neste sentido pode-se falar de mudança actual e de mudança percebida. A mudança actual refere-se a uma melhoria substancial no final da intervenção e é uma dimensão

bastante importante (Jacobson, Berns, & McGlinchey, 1999; Kendall, Marrs-Garcis, Nath, & Sheldrick, 1999). Todavia, a mudança percebida pelo cliente ou pelos que interagem com ele é igualmente crítica (Foster & Mash, 1999; Gladis, Gosch, Dishuk, & Crits-Cristoph, citados por Kazdin, 1999).

A diferença entre as características percebidas e as actuais é facilmente evidente e reconhecida como importante na vida diária. Em contexto terapêutico, mudança actual ou nível de sintomas no final do tratamento (demonstrado em medidas estandardizadas) distingue-se da mudança percebida (perspectivas acerca do que mudou ao longo das mesmas dimensões das medidas estandardizadas). Apesar de poder não haver uma mudança efectiva (mudança actual), é possível que haja uma mudança percebida, no sentido do cliente se sentir melhor, mais feliz e consequentemente perceber uma melhor qualidade de vida (Kazdin, 1999).

Assim, o terapeuta deve ter sempre presente que a significância clínica vai para além de uma mudança nos sintomas. O impacto da intervenção no funcionamento do cliente no dia-a-dia é igualmente um parâmetro a considerar. Em certas situações ajudar as pessoas a lidar com diversas problemáticas é o objectivo da intervenção, mais do que diminuir/alterar sintomas. Os objectivos da terapia incluem lidar com a situação, alterar a perspectiva do indivíduo e dotá-lo de capacidades para “manusear” a situação. Estes três objectivos mostram que a mudança terapêutica pode ser importante (cl clinicamente significativa) quando os sintomas mudam muito, quando mudam ligeiramente ou até quando não mudam de todo, mas o cliente está mais capaz para lidar com eles (Foster & Mash, 1999).

No caso da psicoterapia com crianças e adolescentes, considerando que a significância clínica vai para além da mudança nos sintomas, Kazdin (2002) defende que as diferentes áreas da vida da criança são os melhores indicadores de ajustamento. Kazdin considera então três áreas a avaliar quando se pretende estudar o impacto da intervenção na criança. São elas: o Funcionamento da Criança (sintomas; ajustamento; competência social; funcionamento académico); o Funcionamento dos Pais e da Família (disfunção, como sintomas; influências contextuais, como stress, qualidade de vida; condições que promovem a adaptação, como relações familiares e organização); as Medidas de Impacto Social (consequências nos sistemas, como actividades escolares, assiduidade, abandono escolar; uso de serviços: reduções em serviços especiais, hospitalizações).

Perante esta necessidade eminente e sempre presente de avaliar o progresso da criança ou adolescente ao longo da terapia de forma a garantir uma intervenção eficaz, foram desenvolvidos alguns instrumentos para monitorizar o progresso terapêutico da criança/adolescente. O *Youth Outcome Questionnaire* (Y-OQ) é um

exemplo de um desses instrumentos, desenvolvido por Burlingame, Wells e Lambert (citados por Kazdin, 2005). Consiste numa medida de relato parental com seis escalas para avaliar o stress interpessoal, dimensões somáticas, relações interpessoais, problemas sociais, perturbações do comportamento e itens críticos (para amostras de pacientes em que a estabilização a curto-prazo é o objectivo). O instrumento é preenchido antes e ao longo da terapia, numa base regular.

A perspectiva da própria criança ou adolescente é igualmente importante e é só por si terapêutica, uma vez que cria a oportunidade destes colaborarem no seu próprio tratamento (Friedberg, Miller, Perymon, Bottoms, & Artre, 2004). Mesmo crianças pequenas podem fornecer *feedback* não só escrito como verbal, como percepções acerca da ajuda que receberam e do divertimento que lhes foi proporcionado. O efeito será semelhante ao dos adultos, visto que a criança sentir-se-á mais envolvida e consciente da sua própria terapia e consequentemente a sua participação activa aumenta (Friedberg et al., 2004).

Um exemplo de um formato escrito de *feedback* com crianças foi integrado num projecto de prevenção da ansiedade e da depressão na infância, denominado *PANDY*, um programa cognitivo-comportamental de desenvolvimento de competências para crianças dos 8 aos 11 anos (Friedberg et al., 2004). Neste programa, o progresso é monitorizado através dos relatos do terapeuta e da administração das medidas de auto-relato de ansiedade e depressão. Este formato inclui três questões: as duas primeiras são itens de escala *Likert* que abordam o divertimento da sessão sentido pela criança e quanto a criança considera que a sessão a ajudou. A terceira questão é uma frase incompleta para a criança escrever o que aprendeu na sessão do dia. Apesar de ser um formato reduzido e não fornecer informação muito específica, é um bom ponto de partida para a obtenção de *feedback* por parte da criança.

Existe um formato para adolescentes, com itens adicionais, que permite recolher informação mais específica. Esta obtenção de *feedback* é muito útil em contexto clínico, na medida em que reflecte a experiência da criança/adolescente com a intervenção, permite aos terapeutas verificar de que forma as sessões são percebidas, que conteúdo da sessão foi adquirido e se houve divertimento, parte essencial da terapia com crianças e adolescentes (Friedberg & McClure, citados por Friedberg, Miller, Perymon, Bottoms, & Artre, 2004).

Até aqui percebemos então que a prática baseada na evidência permite que as intervenções sejam cada vez mais úteis e eficazes e que a monitorização do progresso do paciente e todas as suas implicações concorre também para cumprir o objectivo de garantia de maior eficácia. A recolha de dados de diferentes informantes é essencial, abordando diferentes perspectivas, bem como a análise de diferentes

dimensões da vida da criança/adolescente, a qual permite concluir acerca da eficácia do serviço.

Há ainda uma questão essencial para a avaliação da eficácia de determinada intervenção, específica da prática clínica. Durante a intervenção há mudanças qualitativas que qualquer clínico consegue identificar. “Sabe-se” que são genuínas pelo contacto prolongado de meses e múltiplos relatos dos pais, educadores e outros (treinadores vizinhos...) acerca da criança e como ela tem mudado. Estas mudanças qualitativas e suas consequências no dia-a-dia das várias partes envolvidas na intervenção são bastante importantes para a avaliação do trabalho psicoterapêutico. No entanto, os juízos clínicos não substituem uma avaliação rigorosa (Garb, citado por Kazdin, 2006), mas o inverso também não (Kazdin, 2006).

Independentemente da necessidade de obter dados de uma avaliação rigorosa, a avaliação qualitativa é uma mais-valia na avaliação dos serviços e do trabalho terapêutico, uma vez que se foca em detalhes ricos e relevantes das vidas dos clientes (Denzin & Lincoln; Silverman, citados por Kazdin, 2006). Esta avaliação qualitativa apela para a importância de uma avaliação idiográfica, ou seja, compreender as características individuais do cliente e as suas experiências pessoais de tratamento.

Claro que a avaliação idiográfica deve ser complementada por uma abordagem nomotética, que garante medidas quantitativas estandardizadas, mais fáceis de administrar e de analisar, fornece feedback eficiente relativamente ao progresso do cliente e permite a avaliação dos cuidados de saúde mental entre serviços diferentes, como debatido anteriormente (Barkham, Margison, Leach, Lucock, Mellor-Clark, Evans, citados por Sales, Gonçalves, Fragoeiro, Noronha, & Elliott, no prelo). No entanto, pela importância dos dados idiográficos e de dados mais qualitativos foram desenvolvidos instrumentos que permitem recolher dados desse cariz. O *Helpful Aspects of Therapy* (Llewelyn, citado por Sales, Gonçalves, Fragoeiro, Noronha, & Elliott, no prelo) é um instrumento semi-fechado de auto-relato para aplicar após cada sessão, onde se pede ao paciente que identifique e descreva por palavras suas, o acontecimento/momento que mais o ajudou na sessão e para classificar em que grau a sessão foi útil e o ajudou. Existe uma versão portuguesa, num formato terapêutico individual (Sales, Gonçalves, Silva, Duarte, Sousa, Fernandes, Sousa, & Elliott citados por Sales, Gonçalves, Fragoeiro, Noronha, & Elliott, no prelo).

Os terapeutas valorizam bastante este instrumento, reconhecendo-lhe diversas vantagens e usando-o bastante na sua prática clínica. Segundo os terapeutas este instrumento ao recolher dados idiográficos, permite ao terapeuta aceder aos sentimentos e opiniões da família/cliente acerca das sessões; monitorizar os resultados sessão a sessão; envolver a família nas tomadas de decisão terapêuticas;

permite ao terapeuta fazer ajustes no seu desempenho e redefinir os objectivos terapêuticos, possibilita a observação de mudanças ao longo do processo, entre outras vantagens (Sales, Gonçalves, Fragoeiro, Noronha, & Elliott, no prelo).

Perante todas as considerações anteriormente discutidas, conclui-se que a melhoria da eficácia de um serviço psicoterapêutico constrói-se através de diferentes avaliações. É essencial garantir práticas baseadas na evidência, mas para além disso, monitorizar o progresso do cliente, analisar a significância clínica não só do ponto de vista da melhoria dos sintomas, como também pelo impacto da intervenção no funcionamento da criança/adolescente, considerar as diferentes perspectivas envolvidas no processo e a do próprio terapeuta são dimensões essenciais para atingir o objectivo máximo: a eficácia dos serviços.

Neste sentido, Kazdin (2005) apresenta uma síntese da necessidade de contemplar as diferentes dimensões anteriormente discutidas na avaliação da terapia com crianças e adolescentes. Em primeiro lugar, não há um critério único e estandardizado para validar uma determinada terapia, além de que não se pode apenas usar uma medida ou definição para captar um determinado problema clínico. São necessárias medidas múltiplas para avaliar as diferentes dimensões do problema, desempenho em diferentes contextos e diversos factores relacionados com o problema.

O autor fala também em comorbilidade, ou seja, as crianças que são vistas em contextos clínicos apresentam frequentemente critérios para múltiplas perturbações ou evidenciam sintomas de diversas perturbações, mesmo que não cumpram todos os critérios para diagnósticos múltiplos. Assim, é necessário avaliar as áreas-problema social, emocional e comportamental, que poderão estar subjacentes ao diagnóstico inicial. A avaliação não deve ser reduzida à perturbação, há que aliar uma avaliação nomotética a uma avaliação idiográfica, considerando as características e padrões específicos da criança.

Por outro lado, é necessário contemplar diferentes perspectivas, uma vez que os que avaliam ou classificam o comportamento da criança (como pais, professores, terapeutas e crianças) têm perspectivas muito diferentes acerca do funcionamento da criança (Achenbach, McConaughy, & Howell; De Los Reyes, & Kazdin, citados por Kazdin, 1999), o que permite recolher diferentes perspectivas ao longo de diferentes situações e contextos.

Os sintomas ou perturbações não são totalmente o oposto de quão positivo o indivíduo funciona no seu dia-a-dia. É essencial avaliar o funcionamento social e adaptativo da criança.

Por fim, é importante considerar que são vários os moderadores a ter em conta quando se avalia o funcionamento de uma criança (sexo, cultura e etnia) e que influenciam várias dimensões da vida do indivíduo (Kazdin, 2005).

Também os terapeutas reconhecem a necessidade de monitorizar o progresso e os resultados terapêuticos do cliente criança/adolescente. Bickman, Rosof-Williams, Salzer, Summerfelt, Noser, Wilson e Karver (2000) desenvolveram um estudo com o objectivo de perceber quais os dados mais valorizados por terapeutas na monitorização do progresso e resultados do cliente adolescente. Concluíram que a informação usada na monitorização deve cumprir certos critérios para ser útil: individualizada para o cliente; fornecida rapidamente (Tierney, Fitzgerald, Miller, James, & McDonald, citados por Bickman, Rosof-Williams, Salzer, Summerfelt, Noser, Wilson e Karver, 2000), corresponder às necessidades do cliente; separada das preocupações acerca dos custos (Loback, citado por Bickman, Rosof-Williams, Salzer, Summerfelt, Noser, Wilson e Karver, 2000). Neste estudo, os autores verificaram que 50% dos terapeutas inquiridos estão interessados em usar dados recolhidos sistematicamente nas suas práticas clínicas; o tipo de informação preferido pelos terapeutas é: historial de maus-tratos; factores de stress passados ou presentes; funcionamento familiar; qualidade da relação pais-filho; aliança terapêutica. A grande maioria dos terapeutas gosta de receber informação sobre os seus clientes desde o início, durante e após o final da intervenção.

Tal como em outros estudos realizados por outros autores como são exemplos Lyons, Howard, O'Mahoney e Lish ou Mullen e Magnabosco (citados por Bickman, Rosof-Williams, Salzer, Summerfelt, Noser, Wilson e Karver, 2000), também no estudo anteriormente apresentado, foi concluído que os clínicos estão interessados em usar dados para melhorar a eficácia dos seus serviços.

Em síntese, pelos dados anteriormente apresentados é possível verificar que em contexto clínico há uma necessidade crescente de garantir um serviço eficaz e para isso o terapeuta recorre-se de diferentes aspectos, uma vez que é importante considerar diferentes medidas, critérios e perspectivas na avaliação de uma criança e do seu progresso terapêutico. É neste sentido que surge a avaliação da satisfação dos pais de crianças e adolescentes utentes de um serviço de psicoterapia.

A PERTINÊNCIA DO ESTUDO DA AVALIAÇÃO DA SATISFAÇÃO PARENTAL

O PORQUÊ DA AVALIAÇÃO DA SATISFAÇÃO PARENTAL

O acesso a informação acerca da satisfação do cliente possibilita proceder a melhorias nos serviços. Os gestores de um serviço podem aceder a níveis de satisfação em áreas específicas: trabalhadores, supervisão ou nível do programa, tendo a oportunidade de verificar as causas que levam à inadequação em certos níveis de satisfação, lendo respostas semi-abertas que os questionários de satisfação incluem na maioria das vezes, como será abordado mais à frente no presente trabalho. As equipas técnicas podem comparar e contrastar os seus resultados de satisfação com a sua experiência e determinar quais as técnicas e abordagens que conduzem a maiores níveis de satisfação, assim como as circunstâncias ambientais e reunir esforços para criar esse tipo de ambiente (Kapp & Vella, 2004).

Em síntese, Fitzpatrick (citado por Stallard, Hudson, & Davis, 1992) identifica três razões que justificam a necessidade dos consumidores serem tomados em consideração: há alguma evidência que mostra que a satisfação do consumidor pode ser um resultado importante; a satisfação do consumidor pode ser usada para avaliar padrões de comunicação; o *feedback* pode formar a base para proporcionar e organizar cuidados de saúde alternativos.

Especificamente, no caso da avaliação da satisfação parental, esta revela-se um elemento essencial na avaliação da adequação de um serviço, uma vez que, geralmente, os pais são responsáveis por encontrar serviços de saúde mental para os seus filhos. São a chave do sucesso da intervenção, pela sua participação e constituem a melhor fonte de informação acerca dos efeitos dos cuidados para uma criança com problemas de saúde mental e após a finalização do serviço são os principais prestadores de cuidados (Gerkenmeyer & Austin, 2005).

Na intervenção com crianças e adolescentes, estar informado acerca das necessidades da família é frequentemente um objectivo de intervenção principal, daí que conhecer a satisfação parental com os serviços de saúde mental para crianças seja determinante para fazer cumprir esse objectivo essencial (Rey et al., 1998).

É pela recolha de dados acerca dos determinantes da satisfação geral que é possível assegurar melhores práticas nos serviços. Os técnicos podem usar esses determinantes, reunindo esforços para aprenderem quais as atitudes e actividades que fazem as famílias mais satisfeitas e assim, desenvolverem intervenções que promovam a satisfação nessas áreas, assegurando a qualidade dos serviços e uma experiência satisfatória para os clientes (Kapp & Vella, 2004).

Em síntese, concluir acerca da satisfação dos pais com o serviço permite juntamente com outros dados recolhidos pelo terapeuta, construir não só um retrato do que foi o processo terapêutico naquele caso específico, que dimensões para aqueles pais ou cuidadores específicos foram mais apreciadas, mas também que aspectos podem ser melhorados no serviço e os que podem ser mantidos para melhorar a eficácia do serviço em geral.

AS LIMITAÇÕES DOS ESTUDOS SOBRE AVALIAÇÃO DA SATISFAÇÃO PARENTAL

O presente trabalho debruça-se sobre a avaliação da satisfação parental como dimensão para melhorar a eficácia dos serviços. O interesse pelo tema surge pela pouca investigação e aplicação clínica na realidade dos serviços de psicoterapia nacionais e pela constatação de diversas limitações nos estudos de satisfação existentes além fronteiras, sendo urgente a necessidade de mais investigação nesta área e de desenvolvimento de novos instrumentos para outras realidades.

É debatido frequentemente se a satisfação pode ser usada como medida de qualidade dos cuidados de saúde, uma vez que o próprio conceito de satisfação apresenta alguns problemas de conceptualização e de metodologia (Lin, citado por Gerkenmeyer & Austin, 2005), sendo definido de formas muito diferentes nos vários estudos, como se poderá constatar mais adiante no presente trabalho (Ryan, citado por Gerkenmeyer & Austin, 2005)

Lebow (1982) referiu que os estudos de satisfação falham na diferenciação entre variáveis dos clientes e a natureza da intervenção que estes receberam, ou seja, que intervenções são satisfatórias para os clientes.

Relativamente aos instrumentos também eles apresentam diversas limitações. McMahon e Forehand e em outro estudo, Young, Nicholson e Davis (citados por Gerkenmeyer & Austin, 2005) e Gerkenmeyer e Austin (2005) fizeram várias revisões sobre instrumentos de satisfação, verificando problemas comuns a todos eles: falta de suporte empírico em muitos instrumentos de satisfação parental, bem como variações metodológicas ao longo dos estudos que limitam a possibilidade de comparar resultados de diversos estudos; uso de itens globais, os quais fornecem apenas uma ideia geral acerca da satisfação dos pais, sem se concluir acerca do que contribui mais para a satisfação parental e os que contribuem mais para a insatisfação dos pais. No entanto, itens demasiado específicos para um determinado programa ou serviço podem ser igualmente limitativos, por não permitirem nenhum tipo de comparações com outros programas ou contextos.

Gerkenmeyer e Austin (2005) concluíram da sua revisão de 34 instrumentos de satisfação parental, que nenhum deles possuía uma estrutura conceptual e apenas dois apresentavam definições conceptuais de satisfação parental. Desta revisão, os autores concluíram que as escalas necessitam de: ter validade e confiança; possuir itens que forneçam informação específica e simultaneamente possam ser usados em diversos contextos e intervenções e meçam efectivamente o construto de satisfação parental.

Vuori (citado por Magnusson, Garrett, & Sundelin, 2000) mostra que as avaliações gerais de satisfação parecem camuflar diferentes níveis de satisfação com aspectos específicos dos cuidados, sem fornecer sugestões para uma melhoria.

Por todas estas limitações conceptuais e metodológicas surgiu a ideia de estudar o conceito de satisfação parental e aprofundá-lo, na tentativa de construir um instrumento que possa de algum modo superar ou tentar superar algumas das limitações de estudos anteriores.

CONCEITOS E MODELOS DE SATISFAÇÃO

São vários os autores que se dedicaram ao estudo da satisfação e consequentemente tentaram defini-la. O conceito de satisfação de cada autor depende do modelo em que nasceu e dos objectivos dos autores quando avaliam a satisfação. Na sua maioria serão abordadas definições e modelos da satisfação delineados para serviços de saúde. Alguns simples, apenas contemplando elementos da satisfação e outros mais complexos, relacionando diferentes dimensões da satisfação.

Modelo de Oliver

Oliver (citado por Stallard, 1996) define satisfação como o grau de discrepância entre expectativas e experiências. Este autor desenvolveu um *modelo de degrau*, de onde nasce esta definição, no qual admite que a satisfação ocorre quando a experiência é igual ou maior que a expectativa e a insatisfação quando a experiência não corresponde às expectativas.

Modelo de Larsen, Attkisson, Hargreaves e Nguyen

Larsen, Attkisson, Hargreaves e Nguyen (citados por Stallard, 1996) identificaram seis possíveis determinantes da satisfação com os serviços de saúde mental. São eles: o ambiente, o apoio prestado pela equipa técnica, o tipo de serviço prestado, a quantidade de serviço, a satisfação geral e os procedimentos.

Modelo de Elbeck e Fecteau

Elbeck e Fecteau (1990) consideram dois factores de satisfação na prestação de cuidados. Em primeiro lugar, apoio e suporte, o que envolve boas relações entre paciente e técnicos e em segundo lugar, a manutenção da autonomia.

Modelo de Donabedian

O modelo apresentado por Donabedian (citado por King, Cathers, King, & Rosenbaum, 2001), baseia-se no pressuposto de que a satisfação é uma consequência da total experiência dos cuidados recebidos, sendo uma reacção a três aspectos: Estrutura, Processo e Resultado.

A Estrutura refere-se aos atributos dos contextos em que a prestação de cuidados ocorre (acessibilidade; disponibilidade de serviços; custos; aspectos burocráticos; tempo de espera; quantidade, frequência e duração do serviço; adequação dos serviços recebidos, de acordo com as necessidades da criança ou família; estruturas do meio).

O Processo é o que está a ser efectivamente feito na prestação e recepção de cuidados (prestação de cuidados com respeito e suporte; competência; cooperação entre técnicos e família; continuidade e coordenação da prestação de cuidados; informação fornecida; quantidade de informação fornecida pelo técnico).

O Resultado diz respeito aos efeitos da prestação de cuidados no cliente (resultado da prestação de cuidados).

Modelo de Satisfação de Magnusson, Garrett e Sundelin (2000)

Estes autores admitem que são diversos os elementos relacionados com a actual qualidade do cuidar que podem influenciar o grau de satisfação dos pacientes e seus familiares.

O modelo nasce do debate de Clearly e McNeil (citados por Magnusson, Garrett, & Sundelin, 2000) acerca do impacto de vários factores na satisfação, como as características sócio-demográficas do paciente, estado psicológico e físico, atitudes e expectativas acerca do cuidado, bem como a estrutura, processo e resultado, integrando estas ideias num modelo de satisfação. Neste modelo, os autores adicionaram como variável geral “as mudanças na sociedade”, ou seja, as mudanças políticas, sociais, económicas e demográficas num nível macro, que afectam tanto as variáveis dos cuidados de saúde como as variáveis do paciente, sendo a satisfação um resultado de todas as variáveis.

Modelo de Satisfação do Consumidor (Gerkenmeyer & Austin, 2005)

Este modelo é chamado um modelo de discrepância porque inclui as percepções dos consumidores acerca do que esperam ou valorizam como linha de base, com a qual comparam as suas percepções acerca do serviço recebido. Assim, a satisfação é resultado da diferença entre os serviços actuais percebidos e as percepções dos serviços ideais, esperados ou desejados.

Trata-se de um modelo desenvolvido para serviços de saúde mental, no qual as características do consumidor influenciam a forma como o consumidor define a sua situação de ter filhos com problemas de saúde mental. As características do consumidor e a definição da sua situação influenciam os seus desejos, necessidades e expectativas relativamente aos serviços recebidos. Estes factores funcionam como critérios com os quais os consumidores irão comparar os cuidados que recebem, comparação que resultará nos juízos dos consumidores acerca do seu nível de desejos concretizados, necessidades e expectativas. Estes juízos, por sua vez, influenciam e determinam a satisfação (Gerkenmeyer & Austin, 2005).

Em síntese, neste modelo, a satisfação parental refere-se ao grau de satisfação de um pai com aspectos particulares do sistema de cuidados de saúde.

Alguns autores dedicaram-se apenas a definir satisfação. Seguidamente, são apresentadas algumas dessas definições, que acrescentam aspectos importantes para o estudo da satisfação.

Segundo Lebow (1982), a satisfação refere-se à extensão em que o tratamento gratifica os desejos e pedidos dos clientes.

Para Pascoe (citado por Riley, Stromberg, & Clark, 2005), a satisfação é a reacção dos receptores de cuidados de saúde a aspectos salientes do contexto, processo e resultados da sua experiência, enquanto que para Greeneich e Long (citados por Magnusson, Garrett, & Sundelin, 2000), a satisfação do paciente é o grau de correspondência entre as expectativas dos utentes de cuidados de saúde acerca da assistência recebida e os cuidados realmente recebidos.

Por fim, Linder-Pelz (citado por Magnusson, Garrett, & Sundelin, 2000) apresenta uma definição conceptual da satisfação do paciente, considerando tratar-se de uma avaliação positiva de dimensões distintas dos cuidados de saúde. Considera que a avaliação não pode ser objectiva, sendo que a sua avaliação é limitada pela sua natureza subjectiva e só pode ser vista de forma relativa.

O MODELO ESCOLHIDO

No presente trabalho, optou-se por adoptar o modelo de Donabedian como base para construção do questionário de avaliação da satisfação parental.

Esta escolha prende-se com o facto deste modelo abordar três dimensões que se consideram essenciais para avaliar um serviço de psicoterapia com os contornos do serviço em questão, como será descrito adiante neste trabalho. A escolha relaciona-se também com os objectivos da avaliação da satisfação no presente caso, igualmente descritos mais à frente e por se tratar dum primeiro questionário, pretende-se percorrer diferentes dimensões da satisfação, que o modelo parece contemplar de forma completa e simultaneamente clara e objectiva. Não se optou pelo modelo de satisfação de Magnusson et al. (2000), o qual também contempla as três dimensões do modelo de Donabedian e outras dimensões igualmente importantes, uma vez que a avaliação das outras dimensões sairia do âmbito do presente trabalho e envolveria outro tipo de estudo e de revisão.

OBJECTIVOS DOS ESTUDOS DE SATISFAÇÃO

A definição da satisfação, o modelo adoptado na avaliação da satisfação e a função e o valor dos dados que resultam da avaliação da satisfação são determinados por quem conduz a investigação e essencialmente pelo(s) seu(s) objectivo(s).

Stallard (1996) define diferentes objectivos em estudos de satisfação. O investigador ou o clínico pode querer aceder à visão que os clientes têm acerca das diferentes intervenções terapêuticas, ou pode querer aumentar a adesão dos clientes às intervenções. Outro dos objectivos possíveis em estudos de satisfação é produzir um relato positivo de forma a validar os serviços em estudo e manter o *status*. Há ainda as possibilidades de se querer avaliar o desempenho dos clínicos, iniciar mudanças na prestação de serviços ou até melhorar aspectos estruturais da prestação de cuidados.

No presente trabalho, a criação de um instrumento de avaliação da satisfação parental num serviço de psicoterapia para crianças e adolescentes, nasce da necessidade de cumprir dois destes objectivos, ou seja, avaliar o desempenho dos clínicos e aumentar a adesão às intervenções, levando eventualmente a um terceiro objectivo, iniciar mudanças na prestação de serviços, cumprindo assim o objectivo máximo referido na introdução deste trabalho, a melhoria da eficácia de um serviço de psicoterapia para crianças e adolescentes.

O RESPEITO E O SUPORTE – ASPECTO ESSENCIAL NA SATISFAÇÃO PARENTAL

A partir das diferentes definições e modelos de satisfação e partindo de diferentes objetivos, diversos autores concluíram acerca dos aspectos que são mais valorizados por pais satisfeitos e não satisfeitos. A literatura em geral é pouco clara quanto à natureza dos elementos da satisfação mais importantes, uma vez que os investigadores analisam diferentes aspectos e elementos de satisfação (King, Cathers, King, & Rosenbaum, 2001). A única excepção é a noção de “prestação de cuidados com respeito e de suporte”, o qual é um elemento do processo interpessoal referido em quase todas as medidas de satisfação (Lewis, citado por King, Cathers, King, & Rosenbaum, 2001). Há bastante evidência empírica que sustenta a associação entre os elementos ligados à componente interpessoal e a satisfação global dos clientes ou dos pais (Calnan, Katsouyiannopoulos, Ovcharov, Prokhorskas, Ramic, & Williams, 1994).

Ao longo de diversos estudos é possível verificar que as variáveis de processo, nomeadamente, o respeito e o suporte, a comunicação entre técnicos e pais se destacam, sendo estas transversais a diferentes contextos e programas e referidas não só por pais satisfeitos como insatisfeitos. São vários os autores que concluíram que o respeito e o suporte são os elementos principais subjacentes à satisfação e à insatisfação como será demonstrado seguidamente.

King e colaboradores (2001) desenvolveram um estudo da satisfação de pais com um centro/programa de reabilitação para crianças, baseando-se no modelo dos três elementos (estrutura, processo e resultado) de Donabedian. Pediram aos pais que indicassem os três aspectos que mais gostaram e os que menos gostaram no serviço que os filhos receberam, aspectos estes que foram codificados através de um esquema de codificação baseado na literatura médica e de reabilitação, sendo integrados num dos três elementos de satisfação: estrutura, processo e resultado.

Deste estudo, os autores concluíram que os pais destas crianças, utentes dos serviços de reabilitação, fazem mais comentários acerca do processo do que da estrutura, ou seja, as variáveis interpessoais são de extrema importância para determinar a satisfação, tal como já tinha sido concluído por King, Rosenbaum e King (1997) e Donabedian; King, King, Rosenbaum e Goffin (citados por King, Cathers, King, & Rosenbaum, 2001). Os pais satisfeitos fizeram mais comentários relacionados com o respeito e o suporte na prestação de cuidados, competência dos técnicos, serviços disponíveis (serviços desejados estarem disponíveis) e serem informados (acerca de limitações, equipamento, etc.).

Tal como já demonstrado em outros estudos (Doyle & Ware; Krahn, Eisert, & Fifield, (citados por King, Cathers, King, & Rosenbaum, 2001), também neste estudo, as aptidões interpessoais dos técnicos (respeito e suporte) surgiram como um dos aspectos mais importantes, sendo referidas não só por pais satisfeitos, como insatisfeitos, o que demonstra tratar-se do elemento central subjacente à satisfação e insatisfação.

Knafl, Breitmayer, Gallo e Zoeller (citados por Chan & Twin, 2003) realizaram um estudo com pais de crianças com doenças crónicas e verificaram que o nível de satisfação dos pais aumenta quando as informações são transmitidas com compaixão e respeito.

Por sua vez, a importância do fornecimento de informação foi demonstrada por Kelley e Alexander (citados por Chan & Twin, 2003), os quais verificaram que informar os pais conduzia à satisfação parental com a qualidade da relação técnico-pai.

Clearly e McNeil (cit. por Magnusson et al., 2000) concluíram que a acessibilidade é uma das variáveis estruturais mais importantes para a satisfação parental com os cuidados de saúde, embora tenham verificado igualmente, que o processo, ou seja, a forma como a intervenção é conduzida, é a forma mais comum para medir a qualidade dos cuidados de saúde. Em diversos estudos, diferentes autores concluíram que as percepções dos pacientes relativamente à competência dos técnicos afectam os seus níveis de satisfação, embora haja sempre um destaque para as capacidades de comunicação e interpessoais percebidas, as quais são encaradas como factores ainda mais importantes.

Apesar das variáveis interpessoais serem sempre as mais valorizadas por pais em avaliações da satisfação com serviços de saúde, outros autores concluíram outras relações entre a satisfação e outro tipo de variáveis. Em 2002, Naar-King, Siegel e Smyth desenvolveram um estudo para avaliar a satisfação dos pais, criança e da equipa técnica com um programa interdisciplinar e colaborativo para crianças com necessidades de cuidados de saúde especiais num hospital universitário pediátrico. Verificaram que para os pais, o acesso aos cuidados surge como a área principal das suas preocupações.

Rey e colaboradores (1998) desenvolveram um estudo em Sidney, que relaciona a satisfação parental e o resultado da intervenção num serviço de saúde mental para crianças e adolescentes. Os autores concluíram que o aumento da satisfação é proporcional ao aumento do número de sessões de tratamento. Segundo os investigadores, tal relação pode ser explicada pela quantidade de tempo e pela dedicação dadas pelos terapeutas ao paciente e à família. Mais uma vez, o estudo de Rey e colaboradores demonstra que a satisfação reflecte a qualidade da relação, o

sentimento de suporte que os pais sentem relativamente aos técnicos, aspecto essencial da satisfação.

Quando se fala em respeito e o suporte fala-se em aliança terapêutica, dimensão comum e de importância extrema a todos os modelos em psicoterapia. Trata-se de uma medida tão importante que para alguns investigadores é mesmo considerada o mecanismo curativo em psicoterapia (Bordin; Horvath & Luborsky; Rogers; Shirk & Saiz; Stark; Rouse & Livingston, citados por Hawley & Weisz, 2005). São vários os estudos que mostram a relação entre a satisfação e a aliança terapêutica, as quais apresentam uma correlação positiva. No próximo capítulo, em que se relaciona a satisfação com diversas medidas de eficácia, será abordada em maior profundidade a relação entre a satisfação e a aliança terapêutica, dimensão essencial em psicoterapia.

SATISFAÇÃO E MEDIDAS DE EFICÁCIA

Os autores de estudos de satisfação com serviços de saúde, nomeadamente os de satisfação parental, relacionaram a satisfação com inúmeras medidas de eficácia. Algumas dessas relações serão apresentadas neste capítulo.

SATISFAÇÃO VS RESULTADOS TERAPÊUTICOS

A relação entre estas duas variáveis foi estudada por alguns grupos de autores e as conclusões dos estudos dividem-se.

Ankuta e Abeles (1993) partiram da seguinte hipótese: Sujeitos com reduções sintomáticas significativas apresentam níveis de satisfação mais elevados em comparação com sujeitos com melhoria sintomática moderada ou nula, hipótese que confirmaram com o estudo. Do mesmo modo, Wise (citado por Lunnen, Ogles, & Pappas, 2008) concluiu que os sujeitos com melhoria apresentavam níveis mais elevados de satisfação do que os indivíduos sem qualquer mudança sintomática.

Os estudos que encontraram uma relação entre a satisfação e melhoria sintomática foram alvo de críticas e as suas hipóteses, refutadas por outros estudos. É o exemplo do estudo de Pekarik e Wolff (citados por Lunnen, Ogles, & Pappas, 2008), os quais compararam a satisfação do cliente em sucessos e insucessos terapêuticos significativos para os mesmos terapeutas e clientes, não tendo encontrado nenhuma diferença significativa.

Lunnen e Ogles (citados por Lunnen, Ogles, & Pappas, 2008) compararam níveis de melhoria de sintomas, aliança terapêutica e satisfação dos clientes, terapeutas e outros significativos, não tendo encontrado relações significativas.

Num estudo de Lunnen, Ogles e Pappas (2008) com o objectivo de investigar a relação entre a satisfação, melhoria dos sintomas, mudança percebida e funcionamento no final da intervenção, os autores concluíram que não há relação significativa entre a satisfação e a mudança sintomática. Todavia, o estudo revelou que a satisfação do cliente e dos que lhe são próximos está significativamente relacionada com a mudança percebida (a percepção do cliente acerca da mudança) e com o funcionamento final. Apesar destes resultados, os autores ressaltam um aspecto de grande importância. Quando um cliente responde a uma questão relacionada com a satisfação de um serviço, na sua avaliação considera mais dimensões para além da melhoria efectiva dos seus sintomas, o que levou os autores a concluir que a melhoria dos sintomas não apresenta uma relação significativa com a satisfação, uma vez que se trata apenas de um dos muitos factores que contribui para a reflexão do cliente quando avalia a sua satisfação com os serviços.

Especificamente na área da satisfação dos pais com serviços de saúde, encontram-se diversos estudos que relacionam a satisfação parental com os resultados da intervenção. As conclusões são, mais uma vez, variadas.

King e colaboradores (2001) estudaram a satisfação e insatisfação parental com serviços pediátricos de reabilitação e verificaram que os pais fazem poucos comentários acerca do resultado dos cuidados para os seus filhos ou para a família. Tal resultado surpreendeu os autores, uma vez que a literatura conduzia-os a esperar que o resultado do serviço fosse considerado um aspecto essencial da satisfação, tal como demonstrou McNaughton (citado por King, Cathers, King, & Rosenbaum, 2001), concluindo que as expectativas e as percepções acerca do resultado determinavam a satisfação das pessoas, e Lewis (citado por King et al., 2001), o qual verificou que o resultado da intervenção é um importante contributo para a satisfação do paciente, embora seja subvalorizado.

O estudo de Rey, O'Brien e Walter (2002), acerca da relação entre a satisfação parental e o resultado clínico de intervenções num serviço de saúde mental para crianças e adolescentes, demonstrou uma forte relação entre a satisfação parental e a melhoria nos sintomas da criança e o sucesso na terapia. Segundo os autores, é importante interpretar esta relação à luz do contexto em que ela surge e não generalizar para outros serviços. É essencial ter presente que o estudo foi realizado num serviço de saúde mental, no qual muitos pacientes são crianças e adolescentes com perturbações crónicas e em que o tratamento se traduz em pequenas melhorias. Assim, outros factores, para além da melhoria clínica, são muito importantes para os consumidores e podem disfarçar a relação da satisfação com o resultado.

Em contrapartida, em outros estudos é demonstrada a fraca relação ou nenhuma entre a satisfação parental e o sucesso terapêutico, como concluíram King et al. (2001). Pekarik e Wolff (citados por Rey, O'Brien, & Walter, 2002) realizaram estudos de satisfação parental com serviços de saúde mental para crianças e adolescentes, concluindo que a satisfação parental é um conceito complexo, com pouca ou nenhuma relação com a melhoria clínica.

Rey e colaboradores (1998) concluíram, no seu estudo longitudinal realizado num serviço de saúde mental para crianças e adolescentes, sobre a relação entre satisfação parental e resultado terapêutico, que resultado e satisfação são dois construtos diferentes, influenciados por factores diferentes consoante os serviços em questão, não apresentando relação entre si, tal como demonstrado também por Lambert, Salzer e Bickman (citados por Rey, Plapp, & Simpson, 1998).

SATISFAÇÃO VS TIPO DE SERVIÇO PRESTADO (INTERNAMENTO OU CONSULTA EXTERNA)

A satisfação é determinada por diferentes factores consoante o tipo de serviço prestado. Assim, a comparação de níveis de satisfação entre diferentes contextos revela-se bastante difícil (Rey et al., 1998).

Heflinger, Sonnichsen, Brannan (citados por Rey, Plapp, & Simpson, 1998) desenvolveram um projecto de avaliação denominado *Fort Bragg*, no qual compararam dois grupos, um grupo de pacientes internados e outro grupo de pacientes de consulta externa. O estudo revelou que diferentes factores influenciam a satisfação parental de acordo com o serviço prestado, o que parece estar intimamente ligado às expectativas parentais. Se por um lado, o fácil acesso e a conveniência das sessões são relevantes para a satisfação dos pacientes em consulta externa, para os pacientes internados tais dimensões não assumem tanta importância para a sua satisfação. No caso dos pacientes em internamento, poderá ser mais difícil modificar práticas nesses serviços, na medida em que os pacientes internados serão à partida casos de maior gravidade.

Quanto à relação entre a satisfação e a melhoria clínica não foram encontradas diferenças entre os dois tipos de contextos (Lambert, Salzer, & Bickman, citados por Rey, et al., 1998).

Relativamente ao papel desempenhado pelos técnicos e pela família na conclusão de processos clínicos, os clínicos assumem um papel de destaque nos serviços de internamento, enquanto a família domina na conclusão de um acompanhamento numa consulta externa, frequentemente através de uma decisão. No entanto, tal decisão não se relaciona com o resultado (Breda, Brickman, citados por Rey, Plapp, & Simpson, 1998) nem com a satisfação (Rey et al., 1998).

SATISFAÇÃO VS ALIANÇA TERAPÊUTICA

Na psicoterapia com adultos, a investigação sobre o papel da aliança terapêutica está bastante desenvolvida. Nesta população, a aliança é um preditor consistente da permanência do cliente na terapia e do resultado em diferentes áreas (abuso de substâncias, depressão, ansiedade) e ao longo de diversos modelos terapêuticos (psicodinâmico, cognitivo-comportamental, interpessoal) (Hawley & Weisz, 2005).

Relativamente à terapia com crianças e adolescentes, a aliança é mais complexa, uma vez que envolve não só uma única relação, mas sim duas relações, pais e criança com o terapeuta. A aliança pai-terapeuta e a aliança criança-terapeuta envolvem diferentes aspectos do processo terapêutico e do resultado e são mediadas por diferentes factores (Hawley & Weisz).

Perante esta complexidade, há diferentes estudos que associam a satisfação e a aliança terapêutica em terapia na infância. Garland, Saltzman e Aarons (citados por Hawley & Weisz, 2005) concluíram que a relação cliente-terapeuta (sentir-se compreendido pelo terapeuta, concordar com o terapeuta relativamente aos objectivos a alcançar) conduzem a níveis elevados de satisfação dos adolescentes com o serviço de consultas dos serviços de saúde mental.

Por outro lado, a importância da aliança terapêutica distingue-se em psicoterapia, uma vez que determina entre outros factores, a predisposição para o paciente continuar na intervenção (Hubble, Duncan, & Miller, citados por Quirk, Erdberg, Crosier, & Steinfeld, 2007) e é responsável em grande parte pelos resultados da terapia. Alianças terapêuticas fortes conduzem a resultados clínicos melhores (Lambert & Barkley, citados por Quirk, Erdberg, Crosier, & Steinfeld, 2007) e conduzem, claro, a níveis de satisfação mais elevados (Son, Kim, & Boren, 2008).

Por se tratar de uma dimensão essencial em terapia, os questionários de satisfação incluem questões semelhantes às usadas em instrumentos que avaliam a relação terapêutica (Quirk, Erdberg, Crosier, & Steinfeld, 2008).

MUDANÇAS EM SERVIÇOS APÓS ESTUDOS DE SATISFAÇÃO

A obtenção de *feedback* por parte dos consumidores é essencial para rever as metodologias existentes e identificar mudanças essenciais para tornar o serviço mais satisfatório para os utentes (Stallard, Hudson, & Davis, 1992).

O estudo de Naar-King e colaboradores (2002) para avaliar a satisfação dos pais, criança e da equipa técnica com um programa interdisciplinar e colaborativo para crianças com necessidades de cuidados de saúde especiais levou a que, após a aplicação dos instrumentos de avaliação e interpretação dos resultados do estudo, fosse possível concluir quais as mudanças sugeridas pelos pais para a melhoria do programa. Foram sugeridas as seguintes alterações pelos pais: melhoria do tempo de espera, através de uma maior eficácia na marcação de sessões, do desenvolvimento dos procedimentos clínicos e da promoção de actividades na sala de espera (como vídeos educacionais, voluntários a ler para as crianças). Relativamente às crianças, as quais se sentiram fora do seu próprio tratamento, devem ser incluídas nas discussões acerca da intervenção e serem informadas relativamente à sua condição.

Do mesmo estudo, concluiu-se também a importância dos técnicos das instituições possuírem treino adequado e estandardizado relativamente ao modelo que praticam (explicação do modelo, documentação e reuniões de equipa).

Num estudo acerca da satisfação parental com serviços pediátricos de reabilitação na Holanda, desenvolvido por Siebes, Wijnroks, Ketelaar, Schie, Gorter, & Vermeer (2006), foi possível retirar conclusões relativamente aos aspectos a melhorar para aumentar o envolvimento dos pais e simultaneamente a sua satisfação. Foram três as grandes áreas em que se focalizaram as sugestões dos pais: a melhoria da comunicação entre profissionais e pais (através da comunicação dos resultados de testes e de informações e resoluções de reuniões de equipa; sessões de *follow-up*); aumento do envolvimento dos pais no estabelecimento de objectivos; aumento do envolvimento dos pais no tratamento (através da oferta de diversas possibilidades de participar nas sessões terapêuticas; pela explicação do objectivo e dos elementos essenciais da terapia aos pais).

Stallard e colaboradores (1992), na avaliação da satisfação dos utentes de um serviço de saúde mental comunitário para crianças e adolescentes, concluíram um conjunto de medidas que os utentes apresentavam como sendo essenciais para um serviço satisfatório. Estas medidas foram usadas para iniciar algumas mudanças no serviço: criação de uma informação para enviar às famílias acerca de uma primeira sessão; a sala que servia para os utentes esperarem deixou de ser utilizada com tal função, por ser considerada desagradável, demasiado pública, pequena e sem

janelas; as famílias foram, após estas sugestões, incluídas na definição da frequência, momento e localização dos encontros; antes da primeira sessão, as famílias são questionadas acerca de quem gostariam que estivesse presente na primeira sessão, satisfazendo a vontade de algumas famílias passarem algum tempo sozinhas com o psicólogo na primeira sessão.

Todos os estudos anteriores sobre satisfação permitiram concluir acerca de aspectos a modificar nos serviços em que foram realizados. Algumas das mudanças sugeridas foram mesmo implementadas nos serviços.

PROCEDIMENTOS

Neste capítulo serão abordados os aspectos relativos aos procedimentos inerentes à avaliação da satisfação. As várias secções que compõem o capítulo contemplam aspectos essenciais para a construção do instrumento de avaliação da satisfação parental, daí a sua pertinência no presente trabalho, em que se pretende criar um questionário de avaliação de satisfação parental de um serviço de psicoterapia para crianças e adolescentes. Após o debate das questões de procedimento subjacentes à avaliação da satisfação, serão descritas as características do tipo de serviço de psicoterapia para o qual o questionário foi pensado, tomando como referência o serviço clínico da faculdade de Psicologia da Universidade de Lisboa, bem como os procedimentos relativos à construção do questionário desenvolvido no presente trabalho. No final do capítulo será apresentado um plano psicométrico para, futuramente, ser possível testar as propriedades do questionário criado.

MOMENTOS DE AVALIAÇÃO DA SATISFAÇÃO

Os momentos em que a satisfação é avaliada determinam bastante os dados recolhidos (Stallard, 1996).

A satisfação pode então ser avaliada em diferentes momentos: após o **momento de avaliação do funcionamento do cliente** (Blakey, Sinclair, & Taylor; Gowers & Kushlick, citados por Stallard, 1996); **durante a intervenção** (Sheikh & Meakin; Rothwell, Lorimer, & Mckechnie, citados por Stallard, 1996), **pouco após o final da intervenção** (Stallard, Hudson, & Davis, 1992) ou **passados 2 ou 3 anos após a finalização do processo** (Thomas & Hardwick, citados por Stallard, 1996).

Cada momento de avaliação apresenta as suas vantagens e desvantagens. Durante a intervenção, a avaliação pode ser útil no sentido das percepções sobre o serviço prestado estarem muito presente para os utentes. No entanto, esta avaliação pode ser comprometida pelo facto dos utentes poderem sentir-se relutantes em fornecer toda a informação, com receio de comprometer os cuidados recebidos (Gowers & Kushlick, cit. por Stallard, 1996). Avaliar a satisfação após a finalização do contacto aumenta a probabilidade dos consumidores esquecerem dados importantes durante o contacto com o terapeuta (Carr-Hill, citado por Stallard, 1996), além de aumentar a probabilidade de terem sido introduzidas alterações nos serviços prestados (Locker & Dunt, citados por Stallard, 1996).

Revela-se assim, de extrema importância, que os investigadores especifiquem o momento em que a satisfação foi avaliada, no sentido de controlar possíveis variações

que poderão dever-se a diferenças temporais da avaliação e não de perspectivas (Stallard, 1996).

O presente questionário foi construído com vista a ser aplicado logo após o final da intervenção, uma vez que contempla aspectos que só poderão ser avaliados após a conclusão da intervenção.

MÉTODOS DE AVALIAÇÃO DA SATISFAÇÃO

A avaliação de serviços de psicologia para crianças era, até recentemente, muito limitada. A literatura diz que, até recentemente, não existiam muitos instrumentos para medir a satisfação dos pais com os serviços, considerava-se que os pais não eram capazes e pouco acessíveis para fazer esta avaliação (Maluccio, citado por Kapp & Vella, 2004).

Actualmente, considera-se que os pais e outros utentes de serviços são capazes de fornecer informação útil para melhorar a qualidade dos serviços (Hodge-Williams, Wynn, & Godsey; L. Martin & Kettner; Mordock, citados por Kapp & Vella, 2004). Deste modo, a partir da década de 90 vários artigos abordam estudos acerca da satisfação em diferentes contextos: satisfação profissional dos técnicos de assistência social (MacEachron; Vinokur-Kaplan; Winefield & Barlow, citados por Kapp & Vella, 2004); satisfação dos clientes de serviços de protecção (White; Winefield e Barlow, citados por Kapp e Vella, 2004) e dos pais com crianças em jardins-de-infância (Britner & Phillips, 2004) e satisfação de crianças e jovens institucionalizadas (Wedeven, Pecora, Hurwitz, Howell & Newell; Wilson & Conroy, citados por Kapp & Vella, 2004).

Os métodos usados para avaliar a satisfação dos utentes de serviços variam em termos de complexidade, inclusão, especificidade e representatividade (Leiper & Field, citados por Stallard, 1996).

O método mais comum é o **Questionário de Satisfação**. Geralmente são questionários construídos para um contexto específico, são úteis para determinar quais as qualidades-chave de um bom serviço e para gerar itens para entrevistas semi-estruturadas (Stallard, 1996).

As entrevistas semi-estruturadas são usadas para identificar exemplos de boa e má qualidade dos serviços identificados por utentes (Jones, citado por Stallard, 1996).

Há também as caixas de sugestões e comentários que fornecem informação sobre os serviços dada pelos utentes, no entanto é um método limitado, no sentido em que não é estruturado e representa apenas uma pequena parte dos utentes (Holloway, citado por Stallard, 1996). As questões de resposta semi-aberta são muito importantes, as quais permitem comentários mais críticos e permitem relatar e analisar áreas de insatisfação (Stallard, 1996).

O QUESTIONÁRIO

O questionário, formato mais utilizado para avaliar a satisfação (Stallard, 1996), pode ser construído de diferentes formas, consoante o contexto, o objectivo e a quem se dirige.

Assim, há diferentes dimensões a considerar na sua construção.

QUESTÕES FECHADAS OU DE ESCOLHA FIXA VS QUESTÕES SEMI-FECHADAS VS QUESTÕES ABERTAS

A opção de construir um questionário com questões fechadas, semi-fechadas ou abertas está intimamente ligada às opções teóricas ou mesmo filosóficas do investigador, sejam elas conscientes ou não (Guba e Lincoln, citados por Moreira, 2004).

As questões de escolha fixa tornaram-se populares, uma vez que fornecem dados quantificáveis simples, tendem a gerar respostas mais favoráveis, eliminam qualquer resposta sem ser satisfeito/insatisfeito e são responsáveis por levar a respostas condescendentes (Carr-Hill, Dixon & Thompson, citados por Stallard, 1996).

A escolha de questões fechadas está associada a um maior peso à facilidade de tratamento das respostas e à clareza de interpretação, embora possa reduzir o espaço de expressão do inquirido, limitando as suas respostas às previstas pelo investigador. As questões abertas permitem aos respondentes exprimir-se nas suas próprias palavras (Moreira, 2004) e identificarem áreas que considerem importantes e não se restringirem às questões consideradas pelos prestadores de serviços como essenciais para avaliar áreas centrais da satisfação (Stallard, 1996).

No entanto, se o problema for o facto das alternativas não cobrirem diversas possibilidades de respostas importantes, o problema não está relacionado com o formato do item, mas sim com a lista de alternativas de respostas. Daí que seja até usual, na elaboração de itens de resposta fechada, para cobrir diferentes áreas de conteúdo de respostas, realizar entrevistas ou aplicar questionários previamente com perguntas abertas, de forma a obter uma listagem completa das hipóteses de resposta.

Se por um lado, é vantajoso o facto das questões de resposta aberta permitirem ao inquirido exprimir-se nas suas próprias palavras e não se restringir às possibilidades apresentadas pelo investigador, tal facto poderá ser igualmente um problema, uma vez que tem de ser o investigador a interpretar e a confrontar as respostas das diferentes pessoas, o que pode levar a distorções relativamente ao que os inquiridos queriam dizer.

Os questionários de resposta aberta levantam também um problema relacionado com a capacidade de recordação. Esta capacidade de recordação é melhor quando está envolvida uma tarefa de reconhecimento do que uma tarefa de reprodução, ou seja, as respostas serão mais completas, quanto maiores forem os “auxiliares de resposta”. No caso das questões de resposta aberta, não existem auxiliares, sendo uma tarefa de reprodução, ao contrário das questões de resposta fechada, a qual é uma tarefa de reconhecimento (Moreira, 2004).

Pelo debate anteriormente apresentado e tendo em conta o cariz do questionário de satisfação parental a criar, optou-se por um **questionário com respostas fechadas**. As desvantagens apresentadas relativamente a este formato são, como foi referido, possíveis de ultrapassar. Juntamente a este argumento, o facto de ser um questionário para um serviço de psicoterapia, a aplicar no final da intervenção, vai poder ser cruzado com outros dados recolhidos durante o processo, igualmente importantes, como apresentado na primeira parte do presente trabalho, os quais poderão fornecer informação mais qualitativa, se assim se revelar necessário. Daí que, apesar de se poder optar por um formato de respostas semi-fechadas, as quais poderiam fornecer informação acerca das falhas na prestação de serviços e recolher ideias acerca de como os serviços podem ser melhorados (Stallard et al., 1992), se opte por um formato de respostas fechadas, mais objectivo, de maior facilidade de tratamento das respostas e também de maior facilidade de realização para os inquiridos.

AVALIAR SATISFAÇÃO EM GERAL VS AVALIAR ESPECIFICIDADE

Quando o investigador está a avaliar de forma mais geral, são produzidos níveis de satisfação mais elevados, enquanto uma maior especificidade leva a uma maior variação nos níveis de satisfação (Locker & Dunt; Williams & Calnan, citados por Stallard, 1996). As questões gerais falham no fornecimento de informação detalhada acerca dos aspectos do serviço que necessitam de ser melhorados, não os distinguindo dos que não são particularmente úteis para decidir acerca das mudanças nos serviços (Stallard, 1996).

Neste sentido, o questionário criado avalia aspectos específicos da satisfação, com o objectivo de perceber quais os aspectos do serviço que necessitam de ser melhorados.

QUESTIONÁRIOS DE AVALIAÇÃO DA SATISFAÇÃO PARENTAL

Os questionários de avaliação de satisfação parental foram criados para utilizar em diferentes serviços e para avaliar programas de intervenção.

Instrumento	Autores/Origem	Estrutura	A quem é aplicado?	O que avalia?	Contexto de aplicação
<i>Parent Satisfaction Questionnaire (PSQ)</i>	Stallard (1996)	19 itens de respostas abertas e de respostas fechadas	Pais ou outros cuidadores da criança ou adolescente	Tempo de espera antes da primeira sessão; informações fornecidas; local das sessões; sessões com o terapeuta	Serviços comunitários para crianças e adolescentes
<i>Parent Satisfaction Scale (PSS)</i>	Desenvolvido a partir do P-SIS, o qual é usado para medir satisfação parental em 6 grandes áreas: - Atitudes dos membros da equipa; - Disponibilidade; - Suporte; - Ajuda; - Inclusão dos pais; - Informação fornecida aos pais.	Escala de 19 itens. Cada item avaliado de acordo com uma escala de <i>Likert</i> de 5 pontos.	Pais ou outros cuidadores da criança	Percepções dos pais relativamente às interações da equipa	Serviços de saúde mental para crianças
<i>Youth Services Survey for Families (YSSF)</i>	Desenvolvido pelo <i>Children's Indicator Workgroup of the Mental Health Statistics Improvement Programs (MHSIP)</i> Adaptação de itens do MHSIP Adult Consumer Survey e do Family Satisfaction (FSQ-R), o qual, após uma aplicação piloto passou a denominar-se YSSF	Constituído por: - Escala de Likert - Itens descritivos acerca de: estabilidade de criança em casa; se a família recebe serviços do centro; se a criança toma medicação; envolvimento da criança com o sistema de saúde juvenil; desempenho escolar; recepção parental dos serviços em causa nos últimos 6 meses.	Pais ou outros cuidadores da criança	Objectivo: Estandardizar a medição da satisfação do consumidor. Fornece informação sobre: - Satisfação com os serviços; - Sensibilidade cultural; - Envolvimento na intervenção; - Classificação dos pais acerca da melhoria dos filhos	Serviços de saúde mental para crianças

QUESTIONÁRIOS DE AVALIAÇÃO DA SATISFAÇÃO PARENTAL (CONTINUAÇÃO)

Instrumento	Autores/Origem	Estrutura	A quem é aplicado?	O que avalia?	Contexto de aplicação
<i>Parent Satisfaction with Foster Care Services Scale (PSFCSS)</i>	Resulta da revisão de 9 instrumentos de satisfação do cliente feita por Kapp e Vella (2004)	<p>Formado por 45 itens:</p> <ul style="list-style-type: none"> - 5 itens iniciais exploram a relação do inquirido com a criança; se a criança tem necessidades especiais; os objectivos desejados; o tempo passado fora de casa; presente residência da criança; - 34 itens através de uma escala de 3 pontos exploram o nível de satisfação com aspectos do serviço prestado; - 6 itens finais de resposta aberta solicitam a opinião dos inquiridos sobre o inquérito (clareza das afirmações; extensão do inquérito; se recomenda a outros) e dados demográficos (idade, etnia, experiências anteriores de acolhimento familiar) 	Pais ou outros cuidadores da criança	Os 6 domínios que, segundo os autores, são essenciais na avaliação da satisfação parental: competência do terapeuta; qualidade do programa da instituição; resultados; ajustamento; potencialidades; competência cultural.	Serviços de acolhimento familiar

QUESTIONÁRIOS DE AVALIAÇÃO DA SATISFAÇÃO PARENTAL (CONTINUAÇÃO)

Instrumento	Autores/Origem	Estrutura	A quem é aplicado?	O que avalia?	Contexto de aplicação
<i>Questionário de Stallard, Hudson e Davis (1992)</i>	Stallard, Hudson e Davis criaram um questionário específico para a avaliação de um serviço resultante de uma revisão de literatura de sistemas de avaliação usados em serviços de Psicologia Clínica combinado com um sistema piloto previamente usado pelo serviço em questão	Questionário de 18 itens, 9 dos quais de resposta semi-aberta (permitiu recolha de dados qualitativos)	Pais ou cuidadores da criança/adolescente	<p>5 áreas:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Antes do encontro (tempo de espera; fornecimento de informação antes da 1ª reunião); - Duração e extensão do contacto (frequência, extensão, tempo dos encontros); - Resultados (mudança; capacidade para lidar com as situações e satisfação geral). 	Serviço de saúde mental comunitário para crianças e adolescentes

QUESTIONÁRIOS DE AVALIAÇÃO DA SATISFAÇÃO PARENTAL (CONTINUAÇÃO)

	Instrumento	Autores/Origem	Estrutura	A quem é aplicado?	O que avalia?	Contexto de aplicação
Avaliação da satisfação com um programa interdisciplinar e colaborativo para crianças com necessidades especiais	<i>Parent Perceptions of Specialty Care (PPSC)</i>	Naar-King, Siegel e Smyth (2000)	<p>Questionário de 18 itens, de escala de Likert:</p> <ul style="list-style-type: none"> - 1ºs 6 itens retirados do <i>Perception of Procedure Questionnaire (PPQ)</i> de Kazak, Penati, Waibel e Blackall; - Outros 6 itens do <i>Service Satisfaction Scale (SSS-30)</i> de Attkisson e Greenfield; - Os restantes retirados de programas pediátricos especializados 	Pais ou outros cuidadores da criança	Satisfação com o programa	Serviço para crianças com necessidades especiais
	<i>Access Scale</i>	Naar-King, Siegel e Smyth (2000)			Tempos de espera e acessibilidade dos serviços (em complementaridade aplicaram duas questões acerca da qualidade da informação recebida acerca da condição da criança e do tratamento, e para classificarem a sua confiança relativamente a lidar com a criança em casa)	

QUESTIONÁRIOS DE AVALIAÇÃO DA SATISFAÇÃO PARENTAL (CONTINUAÇÃO)

	Instrumento	Autores/Origem	Estrutura	A quem é aplicado?	O que avalia?	Contexto de aplicação
Avaliação da satisfação com um programa interdisciplinar e colaborativo para crianças com necessidades especiais	<i>Child Perceptions of Specialty Care (CPSC)</i>	Naar-King, Siegel e Smyth	Questionário de 9 itens numa escala de Likert de 5 pontos	Crianças	- Comunicação com a equipa de tratamento; - A ajuda e o suporte fornecido pela enfermeira e pelo médico	Serviços para crianças com necessidades especiais
	<i>Staff Perceptions of Specialty Care (SPSC)</i>		Questionário de 13 itens classificados numa escala de Likert de 5 pontos	Equipa Técnica	- 9 itens avaliam a Satisfação Geral; - 4 itens avaliam a satisfação com a equipa e a extensão da sua colaboração	

MÉTODO

Seguidamente é feita uma descrição do serviço de Psicoterapia para o qual foi delineado o questionário de satisfação parental.

CARACTERIZAÇÃO DO SERVIÇO DE PSICOTERAPIA DA FACULDADE DE PSICOLOGIA E DE CIÊNCIAS DA EDUCAÇÃO DA UNIVERSIDADE DE LISBOA

O serviço clínico de atendimento a crianças e jovens do Núcleo de Psicoterapia Cognitivo-Comportamental Integrativa (NPCCI) é um serviço de psicoterapia com dois objectivos centrais: garantir um serviço de psicoterapia eficaz à comunidade e formar os estudantes de Psicologia, capacitando-os para a prática e reflexão sobre o exercício profissional, através do treino e supervisão no atendimento de casos clínicos (Sá & Silva, no prelo).

Neste serviço, que é gratuito e aberto a toda a comunidade, a inscrição é feita directamente nas instalações do serviço ou por contacto telefónico, ficando em lista de espera. Pelo número reduzido de Recursos Humanos do Serviço não é feita nenhuma divulgação formal do mesmo, no entanto, há sempre uma lista de espera e o espaço de tempo até ser atendido pode ir dos 6 meses a 1 ano.

O atendimento é garantido por estudantes do 2º ano do 2º ciclo de estudos do Mestrado Integrado em Psicologia, sob supervisão de docentes e assume o formato de terapia breve para crianças e adolescentes, de cariz cognitivo-comportamental, em que cada sessão tem a duração média de 50 minutos.

Dado que o atendimento é realizado maioritariamente por estudantes e as intervenções são breves, há perturbações que não são acompanhadas (ex: perturbações do desenvolvimento, do comportamento alimentar, toxicodependências, dificuldades específicas na aprendizagem), podendo ser os casos encaminhados para outros serviços.

O processo terapêutico divide-se em avaliação e intervenção, sendo as primeiras 4-5 sessões de avaliação e as seguintes de intervenção. As sessões de intervenção concretizam-se se, após os dados recolhidos na avaliação serem comunicados aos encarregados de educação e aos jovens, bem como um plano de objectivos e estratégias de intervenção ser apresentado, os intervenientes concordarem em dar continuidade ao processo.

O acompanhamento termina quando os objectivos são alcançadas ou os resultados satisfatórios para os intervenientes.

Entre 1998 e 2006 foram atendidas no Serviço 93 crianças e adolescentes (61 rapazes e 32 raparigas), com idades compreendidas entre os 4 e os 18 anos (média de 11, 33 anos).

São na sua maioria de nacionalidade portuguesa (78%). Quanto ao nível sócio-cultural, 25,8% das famílias apresentam um nível baixo, 28% um nível médio e 25% um nível alto.

A maioria das crianças e adolescentes frequenta o 1º, 7º e 9º anos de escolaridade e são referenciados por um professor ou um psicólogo escolar. Quanto às queixas mais frequentes são de cariz externalizante (agressividade, desobediência, problemas de comportamento) ou de insucesso escolar e geralmente é apresentada mais do que uma queixa. Por outro lado, os problemas identificados após o processo de avaliação são de cariz internalizante (ansiedade, reacções ao stress, competências interpessoais inadequadas) ou resultam de situações exteriores à criança como é o caso de expectativas ou práticas parentais inadequadas. Os pais identificam mais facilmente problemas externalizantes e os filhos internalizantes, não havendo acordo relativamente aos objectivos terapêuticos entre os dois.

O processo de intervenção dura entre 1 e 29 sessões, sendo 12 o número médio de sessões. Os casos de abandono do acompanhamento, estes ocorrem geralmente em fases precoces do processo de avaliação e intervenção devido à indisponibilidade das famílias para manter a assiduidade e a pontualidade nos atendimentos.

As principais estratégias de intervenção utilizadas estão de acordo com os conhecimentos adquiridos pelos estudantes nas disciplinas teóricas e abrangem os principais métodos de intervenção cognitivo-comportamental com crianças, adolescentes e pais: treino de auto-controlo, intervenções psico-educativas com os pais; treino de resolução de problemas; reestruturação cognitiva e treino de competências sociais (Sá & Silva, no prelo).

Após a caracterização do serviço onde se pretende aplicar o questionário, será feita a caracterização do questionário em termos metodológicos.

CARACTERIZAÇÃO DO QUESTIONÁRIO DE SATISFAÇÃO PARENTAL COM SERVIÇOS DE PSICOTERAPIA PARA CRIANÇAS E ADOLESCENTES

Questionário Multidimensional

O presente questionário é multidimensional, uma vez que mede mais do que uma variável e por isso possui mais que uma escala. Como referido numa secção anterior, há um modelo teórico de base subjacente à avaliação da satisfação, o modelo de Donabedian, que caracteriza a satisfação através de 3 elementos, a estrutura, o processo e o resultado, os quais dão origem a 3 subescalas. Deste modo, as dimensões a medir foram definidas desde o início e foi logo incluída uma escala para cada variável a medir.

No entanto, há também o interesse em avaliar a satisfação global. Foram assim criados 3 itens para avaliar esta dimensão (os 3 itens finais). Para além destes itens, como se deduz que a satisfação global está subjacente às respostas a todos os itens, como um factor geral, este pode ser estimado a partir da soma de todos os itens. Os itens que mais se correlacionam com essa soma total são identificados, e incluídos numa escala cujo resultado constituirá um índice da posição de cada indivíduo nesse factor geral.

O conteúdo dos Itens

Após a adopção do modelo de Donabedian como base teórica para a elaboração da escala, o conteúdo dos itens baseou-se numa recolha de aspectos a incluir em cada uma das dimensões da satisfação consideradas no modelo de Donabedian, conseguida através de uma revisão de literatura acerca de cada uma das dimensões e de itens de diversos questionários de avaliação da satisfação. Para o caso da subescala do Processo, a recolha dos itens foi igualmente baseada numa escala de avaliação da aliança terapêutica *WAI-S-ad* e no caso dos itens da subescala de resultado foram também baseados numa escala que avalia as mudanças ao longo da psicoterapia *EEM*.

Quanto aos itens da satisfação global, foram baseados em itens de outros questionários de satisfação.

Diversos itens para avaliar cada dimensão

Para cada dimensão elaboraram-se diversos itens, uma vez que a avaliação adequada de cada dimensão é garantida pelo recurso a mais do que um item. Ou seja, uma variável medida por intermédio de várias questões terá maior rigor e está sujeita a um menor grau de erro do que quando é medida por um único item. Por outro lado, utilizar vários itens permite avaliar uma maior variedade de aspectos daquele que é o objecto de estudo, neste caso a satisfação nos seus três elementos segundo o modelo de Donabedian.

Deste modo, os elementos da Estrutura são avaliados através dos itens 1 ao 11, os elementos do Processo dos itens 12 ao 28 e os elementos do Resultado são avaliados dos itens 29 ao 37.

Os três últimos itens (38, 39 e 40) servem para avaliar a satisfação global.

Respostas Fechadas

A opção por respostas fechadas já foi anteriormente anunciada e justificada. Como foi referido, as informações recolhidas serão complementadas com os dados recolhidos ao longo do processo, através da monitorização feita pelo terapeuta e por isso a justificação das respostas será concluída por este cruzamento de dados.

Modelo aditivo ou Escala de *Likert*

A escolha deste modelo prende-se com o facto dos resultados de qualquer medição efectuada no mundo real serem apenas aproximações a um resultado virtual exacto e não poderem coincidir integralmente com ele. Como forma de garantir uma ideia mais concreta de onde se situa com maior probabilidade o valor “exacto”, utiliza-se uma medida de tendência central, a média.

5 Alternativas de resposta

A opção de construir um questionário em que cada item tem 5 alternativas de resposta embora não tenha nenhuma avaliação empírica das suas vantagens e inconvenientes, 5 níveis parece ser o número máximo que se consegue definir através de expressões verbais equidistantes e sem número demasiado grande de palavras.

Procurou-se garantir a igualdade dos intervalos entre as possibilidades de resposta, a qual deve ser respeitada e assegurada.

No caso da escala da satisfação geral, um dos itens apresenta 3 alternativas de resposta pelo cariz da questão apresentada.

Escalas unipolar e bipolar

No questionário desenvolvido optou-se pela utilização de ambas as escalas, devido aos diferentes conteúdos dos itens.

Por um lado, foi utilizada uma escala bipolar, em que a posição do ponto zero é central, nos itens em que se está a fazer um julgamento de avaliação, na medida em que se pretende que haja uma variação entre um ponto de máxima concordância até um ponto máximo de discordância, passando por um ponto central onde a avaliação do indivíduo será neutra. São exemplo os itens 5;11.4;12.

Na construção dos itens com escala bipolar, foi posta a questão dos inquiridos poderem fazer cair a sua escolha sempre na alternativa central (ponto neutro), que pode ser uma estratégia para evitar uma posição clara (negativa ou positiva) relativamente ao conteúdo do item. No entanto, a opção por uma escala unipolar não resolveria o problema, uma vez que o inquirido com esta estratégia intencional ou não, com certeza encontraria outra forma de fazer cumprir esse seu estilo de resposta ou atitude de resposta, como por exemplo, optar sempre por escolher os pontos extremos e eliminaria a hipótese dos inquiridos que tivessem mesmo uma posição neutra, a pudessem expressar. Essencial é que o inquirido esteja consciente da importância da sinceridade das suas respostas e motivado para o fazer. Tratando-se da satisfação dos pais com o serviço recebido, pensa-se que a motivação e consciência para responder de forma cuidada e sincera existirão.

Por outro lado, em alguns itens optou-se por uma escala unipolar, uma vez que se tratam de dimensões que avaliam frequência, intensidade, quantidade, nas quais a variação se dá entre um ponto em que são nulas até um ponto em que a sua grandeza é máxima. São exemplo os itens 1;8;11.3;13.

Itens com Escalas Referenciadas

Neste tipo de escalas, há uma pergunta básica e um conjunto de alternativas, em que cada uma é definida separadamente e não apenas por uma escala numérica, como é o caso do questionário desenvolvido.

Foram considerados diferentes aspectos relativos às escalas referenciadas: teve-se o cuidado de garantir intervalos subjectivos iguais entre os sucessivos pontos da escala e que cada ponto da escala correspondesse a uma mesma grandeza subjectiva em cada indivíduo.

Optou-se por se usar definições, por estas serem úteis no sentido que fornecem um quadro de referência mais concreto para as respostas dos indivíduos, o que permite reduzir a variabilidade de interpretação dos diferentes níveis das escalas.

As instruções para o preenchimento do questionário

Relativamente às instruções a dar ao inquirido, sejam elas escritas ou orais, foram elaboradas de acordo com os cuidados sugeridos por Moreira (2004). Optou-se por colocar como instruções escritas, uma pequena referência ao que se pretende medir com o questionário, neste caso, a satisfação dos pais com o serviço de psicoterapia frequentado pelo seu filho e o enquadramento temporal ou contextual da informação pretendida (no presente questionário, responder tendo em conta todo o processo terapêutico, desde o primeiro contacto até à conclusão do processo).

As instruções específicas acerca da forma de preencher o questionário, do que fazer em caso de erro ou mudança de escolha e outros cuidados especiais a ter, serão dadas pelo investigador (neste caso, o psicoterapeuta) oralmente, estando disponível para esclarecer possíveis dúvidas e questões dos inquiridos.

As instruções são todas fornecidas num único bloco inicial, uma vez que são simples, curtas e fáceis de memorizar.

Foram tomados cuidados relativamente ao tipo de letra, a qual se procurou que fosse facilmente legível e de tamanho suficiente.

De forma a evitar as respostas omissas houve uma tentativa de separação clara horizontal das zonas correspondentes ao conteúdo do item e às escalas de avaliação.

O questionário de satisfação parental com serviços de psicoterapia para crianças e adolescentes construído é apresentado no Anexo.

PLANO PSICOMÉTRICO

Com o objectivo de, no futuro, este vir a ser um instrumento útil e de aplicação em contexto clínico é seguidamente apresentado o plano psicométrico.

Estudo Preliminar

Em primeiro lugar, é essencial a realização de um estudo preliminar com o objectivo de verificar algumas propriedades psicométricas do questionário, para que este possa ser usado na prática clínica e os seus resultados interpretados. Este estudo pode ser feito através da aplicação a uma população semelhante à população a quem se pretende aplicar o questionário de avaliação da satisfação parental. Assim, poderia ser escolhido um serviço de psicoterapia para crianças e adolescentes com os mesmos contornos do serviço em que se pretende utilizar o presente questionário. A dimensão da amostra deveria ser, de preferência, grande, segundo Tinsley e Tinsley (citados por Moreira, 2004) entre 5 e 10 pessoas por cada item, de forma a garantir a confiança nos resultados. No entanto, a dimensão da amostra não deve exceder as 300 pessoas, uma vez que acima desse número, Tinsley (citado por Moreira, 2004) diz que *“os erros aleatórios de medição tendem a anular-se mutuamente, os parâmetros dos itens e dos testes tendem a estabilizar, e torna-se menos importante aumentar a dimensão da amostra”* (p. 415). Deste modo, com o intuito de não exceder as 300 pessoas, para o presente questionário optou-se por 5 pessoas por item, sendo o questionário formado por 40 itens, a amostra deverá ter 200 pessoas.

Após a escolha da amostra para o estudo preliminar, serão seguidamente descritas quais as propriedades psicométricas a avaliar.

1. Análise factorial confirmatória

Esta análise seria feita por se tratar de uma escala multidimensional, no sentido de se verificar a existência das 3 dimensões propostas pelo modelo teórico de base e da dimensão da satisfação geral.

2. A Precisão

Seria avaliada através do método da consistência interna, através da análise do alfa de Cronbach. Este método irá permitir avaliar a correlação entre os itens de cada uma das dimensões, após verificação da existência de diferentes dimensões como descrito anteriormente.

3. A Validade

Em primeiro lugar, relativamente a esta propriedade psicométrica é importante destacar que os dados de validade a recolher terão de ser para cada uma das escalas do questionário, por se tratar de uma escala multidimensional.

São três os tipos de validade a analisar para cada subescala:

- Validade de Critério

É essencial verificar se os conteúdos da escala correspondem de modo adequado ao que se pretende medir (Haynes, Richard & Kubany, citados por Moreira, 2004).

Assim, para a subescala de estrutura é possível comparar os dados recolhidos pelo questionário com informações recolhidas no processo terapêutico relacionadas com essa dimensão (Tempo de espera até ser contactado para iniciar a terapia, informações fornecidas no primeiro contacto, intervalo de tempo entre o primeiro contacto e a primeira sessão, tempo de espera na sala de espera para a sessão, frequência das sessões, total de sessões, duração da sessão, tempo passado com a criança, tempo passado com os pais, localização e acessibilidade do serviço, condições físicas do gabinete).

Para a subescala do processo, é possível cruzar os dados recolhidos através do questionário com dados relativos à relação terapêutica entre pais e psicoterapeuta e criança e psicoterapeuta recolhidos durante o processo terapêutico pelo terapeuta (dados provenientes da monitorização do processo) e da aplicação de um questionário que avalie a relação terapêutica. Pais com respostas de maior satisfação

relativamente a itens que avaliam o processo teriam resultados mais positivos em termos de relação terapêutica.

Por sua vez, relativamente à subescala de resultados, poderia comparar-se a satisfação parental com os resultados com o funcionamento da criança nas 3 áreas da vida da criança sugeridas por Kazdin (2002) e com o estado das queixas iniciais.

- Validade de Construto

Para avaliar esta validade é comum recorrer-se à aplicação de outra escala que pretende medir o mesmo construto ou construtos da escala em questão. Neste caso, poderia ser útil aplicar um questionário de satisfação parental que abordasse os 3 elementos da satisfação e a satisfação geral e verificar se a escala criada se correlacionaria positivamente com a escala de comparação.

- Validade de Conteúdo

Assegurar esta validade tem dois grandes objectivos: garantir que os itens representem todos os aspectos da variável que se pretende medir e que o seu conteúdo não seja permeável à interferência de factores estranhos.

Para cumprir a validade de conteúdo, o autor do questionário deve ter uma conceptualização prévia do que pretende medir. No presente questionário, o modelo dos 3 elementos de Donabedian constitui essa conceptualização prévia e são esses elementos que determinam os conteúdos a aparecer na escala.

DISCUSSÃO

A realização do presente trabalho, que teve como objectivo final a construção de um instrumento de avaliação da satisfação parental com serviços psicoterapêuticos para crianças e adolescentes, permitiu perceber a importância da satisfação que, juntamente com outras medidas, permite garantir a eficácia dos serviços clínicos. A revisão de literatura realizada alertou para a importância de fornecer um serviço eficaz para os utentes e como a satisfação contribui em grande escala para essa eficácia. Tal facto, é possível observar pelas suas relações com diferentes medidas de eficácia, as vantagens do seu estudo e as mudanças já efectuadas em alguns serviços após estudos de satisfação.

No entanto, a revisão de literatura realizada permitiu verificar que há ainda um longo caminho a percorrer nos estudos da satisfação. Como sugerido por outros autores, as limitações subjacentes ao próprio conceito (definições variadas), que determinam quais os elementos relativamente à satisfação que estão a ser avaliados, podendo criar problemas de conceptualização e de metodologia (Lin, citado por Gerkenmeyer & Austin, 2005) e a insuficiência de estudos que permitam concluir quais as intervenções satisfatórias para que clientes (Lebow, 1982), contribuem para que ainda haja muito a fazer nesta área.

Os próprios instrumentos criados para avaliar a satisfação apresentam limitações como sugeriram McMahon e Forehand e também Young, Nicholson e Davis (citados por Gerkenmeyer & Austin, 2005).

Se por um lado, a revisão de literatura do presente trabalho serviu para um confronto directo com todas estas limitações dos estudos de satisfação e outras já referidas em pormenor anteriormente no trabalho, todas elas constituíram um estímulo para acrescentar algo novo, ainda que pequeno, na avaliação da satisfação. É neste sentido, que surgiu o objectivo principal do presente trabalho, a criação de um instrumento de satisfação parental com serviços de psicoterapia de crianças e adolescentes.

Pretendeu-se explorar uma área ainda pouco explorada, especialmente em serviços psicoterapêuticos como o escolhido para aplicar o questionário e em território nacional. O presente trabalho constituiu uma tentativa de dar mais um passo na investigação relativamente à satisfação parental e assim, de futuro, conseguir um serviço mais eficaz para as crianças e adolescentes utentes de serviços semelhantes ao escolhido.

Todavia, não se revelou um trabalho fácil, não só pelas limitações já referidas por outros autores mas igualmente por outros aspectos. Em primeiro lugar, desde o início

tornou-se difícil reunir toda a literatura necessária e pretendida, não só pelo facto da maioria dos instrumentos de satisfação serem desenvolvidos para contextos, na sua maioria de saúde mental ou física e de maior dimensão e não em serviços semelhantes ao aqui adoptado e a maioria dos estudos serem realizados nesses primeiros serviços, mas também por muitos dos artigos pertinentes para o estudo não se encontrarem disponíveis livremente.

Relativamente à escolha do modelo de satisfação adoptado, o modelo de Donabedian, a opção justifica-se, como referido, pelo carácter simples, objectivo e claro do modelo, o que é vantajoso por se tratar de um primeiro contacto com o tema da satisfação e por se pretender um questionário objectivo e sistemático, de fácil aplicação e tratamento de dados. Por outro lado, as dimensões contempladas no modelo por Donabedian permitem abordar diversas áreas, com alguma especificidade, relativamente ao serviço em questão, sobre as quais há interesse em abordar as 3 dimensões do modelo. Todavia, pensou-se que o modelo de satisfação de Magnusson, Garrett e Sundelin (2000), seria um modelo interessante e bastante completo, embora tenha sido posto de lado por contemplar variáveis que saíam do âmbito do presente estudo.

Ainda relativamente ao modelo adoptado, a dimensão Resultados constitui o aspecto mais polémico do instrumento, na medida em que, como demonstrado no presente trabalho, são vários os autores que demonstraram a fraca ou nenhuma relação entre a satisfação e os resultados terapêuticos. De qualquer modo, após alguma ponderação, considerou-se pertinente contemplar esta dimensão e consequentemente, manter a adopção do modelo de Donabedian, por se considerarem os aspectos relacionados com os resultados úteis a avaliar no serviço em causa.

Esta relação entre resultados e satisfação, apela para os estudos de relação entre satisfação e medidas de eficácia, os quais, como demonstrado, são de extrema importância para a criação de instrumentos de avaliação da satisfação, por permitirem concluir acerca das dimensões a incluir na avaliação da satisfação e quais as medidas que contribuem para maiores níveis de satisfação dos utentes. Deste modo, é essencial, futuramente, investir em estudos desta natureza, para descobrir novas relações ou confirmar e refutar outras. Para o próprio instrumento criado, estes estudos poderão ser úteis para o seu aperfeiçoamento, podendo reformulá-lo no sentido de contemplar maioritariamente as medidas que mais se correlacionam com a satisfação.

Uma das medidas de eficácia e sua relação com a satisfação de maior interesse é a aliança terapêutica. Como concluído por diversos autores, este é um aspecto que se

destaca na avaliação da satisfação com os mais diversos serviços de prestação de cuidados (Son et al., 2008). Por ser um aspecto essencial e transversal aos diferentes modelos usados em psicoterapia e por ser responsável por grande parte do sucesso terapêutico (Lambert & Barkley, citados por Quirk et al., 2007), é de extrema importância aprofundar o estudo da relação entre a aliança terapêutica e a satisfação, no sentido de conseguir perceber quais os aspectos da relação entre pai-terapeuta e criança-terapeuta que contribuem para níveis mais elevados de satisfação.

Por outro lado, pela estreita complementaridade entre satisfação e outras estratégias que garantem a eficácia dos serviços, como é a monitorização da terapia e a *EBP*, por vezes foi difícil fazer uma clara distinção entre os aspectos que dizem somente respeito à satisfação ou a outras medidas. De qualquer modo, este aspecto alerta para a importância de complementar sempre os dados recolhidos relativamente à satisfação com outras medidas que servem para monitorizar a terapia, as quais permitem esclarecer melhor a posição dos inquiridos relativamente a diferentes aspectos da satisfação.

A falta de experiência na construção de um instrumento desta natureza e com todos os procedimentos inerentes a essa construção poderá também ter constituído uma limitação ao desenvolvimento de um instrumento adequado. No entanto, trata-se de uma primeira versão, sujeita a modificações após a aplicação-piloto, o que contribuirá para melhorar o questionário. Este aspecto apela para a importância de realizar uma aplicação-piloto onde poderão ser testadas as propriedades psicométricas da escala, como sugerido na secção reservada ao plano psicométrico, caminhando para um aperfeiçoamento do instrumento, tornando-o uma medida mais eficaz para avaliar a satisfação.

Ainda em relação a aspectos metodológicos, relativamente à opção por respostas fechadas, uma forma de garantir a cobertura de diferentes áreas de conteúdo de respostas, poderia ser uma prévia realização de entrevistas ou aplicação de questionários com perguntas abertas, com o objectivo de obter uma listagem completa das hipóteses de resposta. Não se pensou neste aspecto inicialmente, mas poderia ter sido uma estratégia que enriqueceria o questionário e suas hipóteses.

Quanto à população avaliada, o presente questionário pretende avaliar a satisfação dos pais ou outros cuidadores, o que pode levantar algumas controvérsias, uma vez que os seus filhos poderão já estar numa idade em que a terapia envolva pouco os pais, como pode acontecer com alguns adolescentes mais velhos. Ou por outro lado, tanto neste caso, como mesmo com as crianças, pode ser útil recolher dados da satisfação da criança ou do adolescente.

No caso de adolescentes mais velhos, em que a terapia envolve pouco os pais, é importante perceber melhor a satisfação do adolescente e não a dos seus pais. Como em qualquer domínio da psicologia, é necessário avaliar cada caso e perceber a adequação da avaliação a cada situação.

Todavia, de futuro, a avaliação da satisfação das crianças e dos adolescentes, poderá constituir um caminho a explorar em complemento com a satisfação parental, para avaliar o serviço, tal como foi feito por Naar-King e colaboradores (2000) na avaliação da satisfação com um programa interdisciplinar e colaborativo para crianças com necessidades especiais.

CONCLUSÃO

Apesar de todas as limitações e dificuldades do presente trabalho, a construção do instrumento de avaliação da satisfação parental revelou-se um trabalho desafiante, interessante e aliciante pela possibilidade de ter uma utilidade na prática clínica. É essencial não só relembrar as limitações, mas ter igualmente presentes as vantagens dos estudos de satisfação: são bastante económicos, fáceis de realizar, capazes de fornecer dados quantitativos fortes e contribuem para um aspecto essencial, o envolvimento dos utentes (Williams & Wilkinson, citados por Stallard, 2001), aspecto tão essencial para o desenvolvimento da relação terapêutica e consequentemente, contributo para o sucesso terapêutico.

Há ainda um longo caminho a percorrer no estudo da satisfação parental, o qual deve contemplar todas as considerações anteriormente debatidas na discussão do trabalho, e assim constituir uma ferramenta de grande utilidade para a prática clínica.

Espera-se então, que o instrumento criado, após aperfeiçoamento, possa constituir mais uma contribuição para se atingir o objectivo máximo: a garantia da eficácia dos serviços.

BIBLIOGRAFIA

- Ankuta, G. Y., & Abeles, N. (1993). Client satisfaction, clinical significance, and meaningful change in psychotherapy. *Professional Psychology: Research and Practice*, 24(1), 70-74.
- Bickman, L., Rosof-Williams, J., Salzer, M. S., Summerfelt, T., Noser, K., Wilson, S. J., & Karver, M. S. (2000). What information do clinicians value for monitoring adolescent client progress and outcomes? *Professional Psychology: Research and Practice*, 31(1), 70-74.
- Britner, P. A., & Phillips, D. A. (1995). Predictors of parent and provider satisfaction with child day care dimensions: A comparison of center-based and family child day care. *Child Welfare*, 74(6), 1135-1168.
- Calnan, M., Katsouyiannopoulos, V., Ovcharov, V. K., Prokhorskas, R., Ramic, H., & Williams, S. (1994). Major determinants of consumer satisfaction with primary care in different health systems. *Family Practice*, 11, 468-478.
- Chan, S. S., Twinn, S. (2003). Satisfaction with child health services in the non-government sector of Hong Kong: Consumer evaluation. *Nursing and Health Sciences*, 5, 165-173.
- Danielson, C. K., Borckardt, J. J., Grubaugh, A. L., Pelic, C. G., Hardesty, S. J., Frueh, B. C. (2008). Quantifying staff and patient perceptions of quality of care improvement in the psychiatric inpatient setting: preliminary psychometrics of a new measure. *Psychological Services*, 5(1), 1-10.
- Donabedian, A. (1988). The quality of care: How can it be assessed? *Journal of the American Medical Association*, 260, 1743-1748.
- Elbeck, M., & Fecteau, G. (1990). Improving the validity of measures of patient satisfaction with psychiatric care and treatment. *Hospital and Community Psychiatry*, 41, 998-1001.
- Evans, C., Connell, J., Barkham, M., Margison, F., McGrath, G., Mellor-Clark, J., Audin, K. (2002). Towards a standardised brief outcome measure: psychometric properties and utility of the CORE-OM (2002). *British Journal of Psychiatry*, 180, 51-60.
- Evans, C., Mellor-Clark, J., Margison, F., Barkham, M., Audin, K., Connell, J., & McGrath, G. (2000). CORE: Clinical outcomes in routine evaluation. *Journal of Mental Health*, 9(3), 247-255.

- Foster, S. L., & Mash, E. J. (1999). Assessing social validity in clinical treatment research: Issues and procedures. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 67, 308-319.
- Friedberg, R. D., Miller, R., Perymon, A., Bottoms, J., & Aatre, G. (2004). Using a session feedback form in cognitive therapy with children. *Journal of Rational-Emotive & Cognitive-Behavior Therapy*, 22(3), 219-230.
- Gerkenmeyer, J. E., Austin, J. K. (2005). Development and testing of a scale measuring parent satisfaction with staff interactions. *Journal of Behavioral Health Services & Research*, 32(1), 61-73.
- Hawley, K. M., & Weisz, J. R. (2005). Youth versus parent working alliance in usual clinical care: Distinctive associations with retention, satisfaction, and treatment outcome. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology*, 34(1), 117-128.
- Jacobson, N. S., Roberts, L. J., Berns, S. B., & McGlinchey, J. B. (1999). Methods for defining and determining the clinical significance of treatment effects: Description, application, and alternatives. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 67, 300-307.
- Kapp, S. A, Vela, R. H. (2004). The parent satisfaction with foster care services scale. *Child Welfare*, 83(3), 263-287.
- Kapp, S. A., Vela, R. H. (2004). The unheard client: Assessing the satisfaction of parents of children in foster care. *Child and Family Social Work*, 9, 197-206.
- Kazdin, A. E. (1999). The meanings and measurement of clinical significance. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 67(3), 332-339.
- Kazdin, A. E. (2002). The state of child and adolescent psychotherapy research. *Child and Adolescent Mental Health*, 7(2), 53-59.
- Kazdin, A. E. (2005). Evidence-based assessment for children and adolescents: Issues in measurement development and clinical application. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology*, 34(3), 548-558.
- Kazdin, A. E. (2006). Arbitrary metrics - implications for identifying evidence-based treatments. *American Psychologist*, 61(1), 42-49.

- Kendall, P. C., Marrs-Garcia, A., Nath, S. R., & Sheldrick, R. C. (1999). Normative comparisons for the evaluation of clinical significance. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 67, 285-299.
- Kim, S. C., Kim, S., & Boren, D. (2008). The quality of therapeutic alliance between patient and provider predicts general satisfaction. *Military Medicine*, 173, 85-90.
- King, G., Cathers, T., King, S., Rosenbaum, P. (2001). Major elements of parents' satisfaction and dissatisfaction with pediatric rehabilitation services. *Children's Health Care*, 30(2), 111-134.
- King, G., Rosenbaum, P., & King, S. (1997). Evaluating family-centred service using a measure of parents' perceptions. *Child: Care, Health and Development*, 23, 47-62.
- Lebow, J. (1982). Consumer satisfaction with mental health treatment. *Psychological Bulletin*, 91, 244-259.
- Lunnen, K. M., Ogles, B. M., & Pappas, L. N. (2008). A multiperspective comparison of satisfaction, symptomatic change, perceived change, and end-point functioning. *Professional Psychology: Research and Practice*, 39(2), 145-152.
- Lyne, K., Barrett, P., Evans, C., & Barkham, M. (2006). Dimensions of variation on the CORE-OM. *British Journal of Clinical Psychology*, 45, 185-203.
- Magnusson, M., Garrett, M. J., Sundelin, C. (2000). Impact of child health centre organization on parental satisfaction. *Scand J Caring Sci*, 14, 232-238.
- Moreira, J. M. (2004). *Questionários: Teoria e Prática*. Coimbra: Almedina.
- Naar-King, S., Siegel, P., & Smyth, M. (2002). Consumer Satisfaction with a collaborative, interdisciplinary health care program for children with special needs. *Children's services: Social Policy, Research, and Practice*, 5(3), 189-200.
- Naar-King, S., Siegel, P., Smyth, M., Simpson, P. (2000). A model for evaluating collaborative health care programs for children with special needs. *Children's services: Social Policy, Research, and Practice*, 3(4), 233-245.
- Quirk, M. P., Erdberg, P., Crosier, M., & Steinfeld, B. (2007). Personality assessment in today's health care environment: therapeutic alliance and patient satisfaction. *Journal of Personality Assessment*, 89(2), 95-104.

- Rey, J. M., Plapp, J. M., Simpson, P. L. (1999). Parental satisfaction and outcome: a 4-year study in a child and adolescent mental health service. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 33, 22-28.
- Rey, J. M., O'Brien, M., & Walter, G. (2002). Is the satisfied customer one who also "does well"? The relationship between outcome and parent satisfaction in a child and adolescent mental health service. *Australasian Psychiatry*, 10(3), 246-249.
- Riley, S. E., Stromberg, A. J., & Clark, J. (2005). Assessing parental satisfaction with children's mental health services with the youth services survey for families. *Journal of Child and Family Studies*, 14(1), 87-99.
- Siebes, R. C., Wijnroks, L., Ketelaar, M., Schie, P.E.M., Gorter, J. W., & Vermeer, A. (2006). Parent participation in paediatric rehabilitation treatment centres in the Netherlands: a parents' viewpoint. *Child: Care, Health and Development*, 33(2), 196-205.
- Sales, C., Gonçalves, S., Fragoeiro, A., Noronha, S., & Elliott, R. (no prelo). Psychoterapists openness to routine naturalistic idiographic research?
- Sales, C., Moleiro, C., Gonçalves, S., Silva, I., Duarte, J., Evans, C. (2008). *Translation of the CORE-OM into Portuguese and initial data on its use in Portugal*. Comunicação apresentada na 39th SPR International Meeting. Barcelona, Espanha.
- Sá, I., & Silva, A. L. (no prelo). A formação inicial de terapeutas infantis: o caso do serviço de atendimento clínico da Faculdade de Psicologia da Universidade de Lisboa.
- Stallard, P., Hudson, J., & Davis, B. (1992). Consumer evaluation in practice. *Journal of Community & Applied Social Psychology*, 2, 291-295.
- Stallard, P. (2001). Reducing parental dissatisfaction with a child and adolescent psychology service: a process of quality improvement. *Journal of Mental Health*, 10(1), 63-73.
- Stallard, P. (1996). The role and use of consumer satisfaction surveys in mental health services. *Journal of Mental Health*, 5(4), 333-348.
- Westaway, M. S., Rheeder, P., Van Zyl, D. G., & Seager, J. R. (2003). Interpersonal and organizational dimensions of patient satisfaction: the moderating effects of health status. *International Journal for Quality in Health Care*, 15(4), 337-344.

ANEXO

QUESTIONÁRIO DE SATISFAÇÃO PARA PAIS DE CRIANÇAS E ADOLESCENTES UTENTES DE UM SERVIÇO DE PSICOTERAPIA

Este questionário serve para conhecer a sua opinião relativamente ao serviço de psicoterapia que o(a) seu/sua filho(a) frequentou e a sua satisfação com este serviço.

Não há respostas certas nem erradas, pedimos-lhe apenas que seja o mais sincero possível. A informação que nos der ajuda-nos a melhorar a qualidade do nosso serviço de psicoterapia e garantir um melhor serviço aos pais e filhos que necessitem da nossa ajuda!

A sua (vossa) colaboração será preciosa.

Data ____/____/____

- 1. O Tempo de Espera** desde que inscreveu o(a) seu/sua filho(a) para ser acompanhado(a) até ser contactado para iniciar a terapia foi:

Muito extenso	Extenso	Médio	Reduzido	Muito Reduzido
---------------	---------	-------	----------	----------------

- 2. Considera que as Informações Fornecidas** no primeiro contacto telefónico foram:

Bastante Insuficientes	Insuficientes	Nem Suficientes Nem Insuficientes	Suficientes	Bastante Suficientes
------------------------	---------------	--------------------------------------	-------------	----------------------

- 3. O Intervalo de Tempo** entre o primeiro contacto e a primeira sessão foi:

Muito extenso	Extenso	Médio	Reduzido	Muito Reduzido
---------------	---------	-------	----------	----------------

- 4. O Tempo de Espera na Sala de Espera** para as sessões foi:

Muito extenso	Extenso	Médio	Reduzido	Muito Reduzido
---------------	---------	-------	----------	----------------

- 5. Relativamente à Frequência das Sessões** (semanal, quinzenal, mensal) ficou:

Muito Insatisfeito	Insatisfeito	Indiferente	Satisfeito	Muito Satisfeito
--------------------	--------------	-------------	------------	------------------

- 6. O Número Total de Sessões** foi:

Bastante Insuficiente	Insuficiente	Nem Suficiente Nem Insuficiente	Suficiente	Bastante Suficiente
-----------------------	--------------	------------------------------------	------------	---------------------

7. Considera a Duração das Sessões:

Bastante Insuficiente	Insuficiente	Nem Suficiente Nem Insuficiente	Suficiente	Bastante Suficiente
-----------------------	--------------	------------------------------------	------------	---------------------

8. Considera o Tempo que o(a) psicólogo(a) passou com o seu/sua Filho(a) em cada sessão:

Muito extenso	Extenso	Médio	Reduzido	Muito Reduzido
---------------	---------	-------	----------	----------------

9. Considera o Tempo que o(a) psicólogo(a) passou Consigo em cada sessão:

Muito extenso	Extenso	Médio	Reduzido	Muito Reduzido
---------------	---------	-------	----------	----------------

10. Considera a Localização do serviço e a facilidade dos Acessos:

Muito más	Más	Nem boas nem más	Boas	Muito boas
-----------	-----	------------------	------	------------

11. Quanto às Condições Físicas do gabinete:**11.1. Luminosidade**

Muito má	Má	Nem boa nem má	Boa	Muito boa
----------	----	----------------	-----	-----------

11.2. Temperatura

Muito desagradável	Desagradável	Nem agradável nem desagradável	Agradável	Muito agradável
--------------------	--------------	-----------------------------------	-----------	-----------------

11.3. Tamanho do gabinete

Muito pequeno	Pequeno	Médio	Grande	Muito Grande
---------------	---------	-------	--------	--------------

11.4. Disposição da mobília

Muito má	Má	Nem boa nem má	Boa	Muito Boa
----------	----	----------------	-----	-----------

11.5. Sensação de privacidade

Nenhuma

Pouca

Nem muita nem
pouca

Alguma

Muita

12. Relativamente ao Apoio que o(a) psicólogo(a) lhe deu a si enquanto pai/mãe sente-se:

Muito Insatisfeito

Insatisfeito

Indiferente

Satisfeito

Muito Satisfeito

13. Sente que o(a) psicólogo(a) o(a) envolveu nas decisões a tomar ao longo da terapia:

Nunca

Raramente

Por vezes

Frequentemente

Sempre

14. Ao longo da terapia o pai/mãe e o(a) psicólogo(a) estiveram de acordo relativamente aos objectivos a atingir e aos aspectos a trabalhar:

Nunca

Raramente

Por vezes

Frequentemente

Sempre

15. Ao longo da terapia concordou com as Estratégias de Intervenção propostas pelo(a) psicólogo(a):

Nunca

Raramente

Por vezes

Frequentemente

Sempre

16. Ao longo da terapia compreendeu a Linguagem utilizada pelo(a) psicólogo(a) e as suas explicações:

Nunca

Raramente

Por vezes

Frequentemente

Sempre

17. Relativamente à Compreensão demonstrada pelo(a) psicólogo(a) acerca das suas preocupações com o/a seu/sua filho(a) sente-se:

Muito Insatisfeito

Insatisfeito

Indiferente

Satisfeito

Muito Satisfeito

18. Relativamente à Compreensão por parte do(a) psicólogo(a) em relação aos seus objectivos com a terapia sente-se:

Muito Insatisfeito

Insatisfeito

Indiferente

Satisfeito

Muito Satisfeito

19. Ao longo do processo sentiu que **confiava no(a) psicólogo(a)** do(a) seu/sua filho(a) para o ajudar:

Nunca	Raramente	Por vezes	Frequentemente	Sempre
-------	-----------	-----------	----------------	--------

20. Sentiu **Dificuldades** para expor as suas preocupações e receios ao psicólogo:

Nunca	Raramente	Por vezes	Frequentemente	Sempre
-------	-----------	-----------	----------------	--------

21. Ao longo do processo sentiu que o(a) **psicólogo(a)** do(a) seu/sua filho(a) **confiava em si**:

Nunca	Raramente	Por vezes	Frequentemente	Sempre
-------	-----------	-----------	----------------	--------

22. Relativamente à sua **compreensão dos problemas do(a) seu/sua filho(a)** e dos **objectivos** a atingir durante a terapia sentia-se:

Muito Insatisfeito	Insatisfeito	Indiferente	Satisfeito	Muito Satisfeito
--------------------	--------------	-------------	------------	------------------

23. Sente que, ao longo do processo, compreendeu e aceitou as **mudanças sugeridas pelo(a) psicólogo(a)**:

Nunca	Raramente	Por vezes	Frequentemente	Sempre
-------	-----------	-----------	----------------	--------

24. Perante **novos problemas** que surgiram durante a terapia sente que o(a) psicólogo(a) foi capaz de dar resposta:

Nunca	Raramente	Por vezes	Frequentemente	Sempre
-------	-----------	-----------	----------------	--------

25. Sente que mesmo **fora da sessão terapêutica** podia contar com o(a) psicólogo(a) do(a) seu/sua filho(a) para o **ajudar** com situações relacionadas com este:

Nunca	Raramente	Por vezes	Frequentemente	Sempre
-------	-----------	-----------	----------------	--------

26. A **Preparação** do(a) psicólogo(a) pareceu-lhe:

Muito Fraca	Fraca	Média	Boa	Muito Boa
-------------	-------	-------	-----	-----------

27. Considera a **Intervenção do(a) psicólogo(a):**

Muito Fraca

Fraca

Média

Boa

Muito Boa

28. Relativamente à **preocupação e interesse do(a) psicólogo(a) com os seus problemas e do(a) seu/sua filho(a) ficou:**

Muito Insatisfeito

Insatisfeito

Indiferente

Satisfeito

Muito Satisfeito

29. Os **problemas do meu/minha filho(a) tratados neste serviço estão:**

Bastante piores

Piores

No mesmo
estado

Melhores

Muito melhores

30. Sente que houve uma **melhoria dos problemas e queixas iniciais ao longo da psicoterapia:**

Nenhuma melhoria

Pouca melhoria

Sem alterações

Alguma
Melhoria

Total melhoria

31. O(s) **problema(s) que inicialmente o fez procurar este serviço estão:**

Bastante piores

Piores

No mesmo
estado

Melhores

Muito melhores

32. Os **problemas e dificuldades que o meu/minha filho(a) tinha e que **não foram tratados neste serviço** estão:**

Bastante piores

Piores

No mesmo
estado

Melhores

Muito melhores

33. Relativamente aos **progressos do(a) seu/sua filho(a) sente-se:**

Muito Insatisfeito

Insatisfeito

Indiferente

Satisfeito

Muito Satisfeito

34. Em relação a **outros aspectos pessoais ou familiares, não directamente relacionados com a criança, sente que a intervenção:**

Prejudicou muito

Prejudicou

Não prejudicou
nem ajudou

Ajudou

Ajudou muito

35. Com a terapia a forma de ver os problemas do seu/sua filho(a) ficou:

Nada alterada	Pouco alterada	Não sabe	Muito alterada	Totalmente alterada
---------------	----------------	----------	----------------	---------------------

36. Sente que esta forma de lidar com o(a) seu/sua filho(a) em casa, usando as estratégias desenvolvidas em terapia é:

Muito Má	Má	Nem boa nem má	Boa	Muito boa
----------	----	----------------	-----	-----------

37. Sente-se capaz de resolver problemas do(a) seu/sua filho(a) sozinho(a) no futuro (sem ajuda profissional, do psicólogo):

Nada capaz	Pouco capaz	Capaz	Muito capaz	Totalmente capaz
------------	-------------	-------	-------------	------------------

38. Globalmente em relação ao serviço prestado sente-se:

Muito Insatisfeito	Insatisfeito	Indiferente	Satisfeito	Muito Satisfeito
--------------------	--------------	-------------	------------	------------------

39. Se necessitasse para o seu/sua filho(a) ou para outro(a) filho(a) seu/sua recorreria novamente ao serviço:

Nunca	Pouco provável	Não sei	Muito provável	Sempre
-------	----------------	---------	----------------	--------

40. Recomendaria este serviço a amigos:

Não	Em alguns casos	Sim
-----	-----------------	-----

Obrigada pela sua (vossa) colaboração!